

ПРОЕКТНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТНЫХ АСПЕКТОВ АДРЕСНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН В ФОРМАТЕ СОТРУДНИЧЕСТВА РОДСТВЕННОГО ОКРУЖЕНИЯ, СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

PROJECT STUDY OF THE SUBJECTIVE ASPECTS OF TARGETED SUPPORT FOR THE EATING BEHAVIOR OF SENIOR CITIZENS IN THE FORMAT OF COOPERATION OF THE FAMILY ENVIRONMENT, MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT SPECIALISTS

**E. Rybakova
R. Sultanova
G. Gayazova**

Summary: The article highlights the personally and conceptually related aspects of accompanying the eating behavior of elderly citizens with pronouncedly impaired communicative and cognitive functions. The authors, on the basis of cooperation between educational, social and public organizations, study the problems of cooperation between specialists and related environment to meet the patient's needs in socializing, motivating, health-appropriate support. Projects that are related to the needs and problems of adult citizens, for teachers of special pedagogical disciplines, allow both to create conditions for the formation of social responsibility of future specialists, and for project identification by students of higher education of correlated areas of targeted support of people of different age and nosological categories. Also, the authors have a goal in their research and teaching activities to increase the integrating, interdisciplinary components of special defectological education and the development of the sphere of special didactics in general.

Keywords: senior citizens, eating behavior, social support.

Рыбакова Елена Владимировна

Старший преподаватель, ФГБОУ ВО «Башкирский
государственный университет»
evrybakova19@mail.ru

Султанова Роза Миниахметовна

К.п.н., доцент, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
университет»
sultanovar@list.ru

Гаязова Гульшат Анифовна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
университет»
gulshat_g@bk.ru

Аннотация: Статья освещает лично и понятийно отнесённые аспекты сопровождения пищевого поведения пожилых граждан с выражено нарушенными коммуникативными и когнитивными функциями. Авторы на основе сотрудничества образовательных, социальных и общественных организаций изучают проблематику сотрудничества специалистов и родственного окружения по обеспечению потребностей пациента в социализирующем, мотивирующем, здоровьесообразном сопровождении. Проекты, имеющие отнесённость к потребностям и проблемам взрослых граждан, для преподавателей специальных педагогических дисциплин позволяют как создавать условия для формирования социальной ответственности будущих специалистов, так и для проектного выявления обучающимися высшего образования коррелирующих областей адресного сопровождения людей различных возрастных и нозологических категорий. Также авторы имеют цель в своей исследовательской и преподавательской деятельности повысить интегрирующие, междисциплинарные компоненты специального дефектологического образования и развития сферы специальной дидактики в целом.

Ключевые слова: пожилые граждане, пищевое поведение, социальное сопровождение.

В настоящий момент система сопровождения пожилых граждан в состоянии значительного нарушения когнитивной функции и поведения претерпевает существенные изменения в сложном взаимодействии классических и инновационно значимых тенденций.

Разноплановое развитие системы сопровождения маломобильных граждан специалистами социального профиля развивается динамично, но неравномерно, что предполагает необходимость научно-методической поддержки этого направления как в категориальном

плане, так и в интегрирующем формате, на уровне эффективного управления и субъектной регуляции.

Один из аспектов сопровождения здесь представляет не всегда достаточно оцененное и адресно организованное, но весьма ресурсное направление сотрудничества – взаимодействие профессиональных кадров с родственным окружением беспомощных пациентов с выраженным нарушением общения и поведения, в том числе – пищевого.

Широко распространено в общественном мнении представление о том, что явление булимии, равно как и отказ пожилого человека с выраженными когнитивными и поведенческими нарушениями от пищи, при старческой деменции, иных прогредиентных состояниях имеет преимущественно деструктивную, психотическую природу и не связаны с особенностями предлагаемой пищи, организации питания, окружения при кормлении. Опрос, проведённый в 2018-2019 годах студентами факультета психологии БашГУ среди всех категорий сопровождения таких граждан, показал, что показатели распространённости искажённых представлений такого рода, конечно, варьируют, но в целом превышают 60-75 процентов, причём даже подготовленный медицинский персонал субъективно склоняется к негативной оценке попыток выявления продуктивных ресурсов сотрудничества с активизацией элементов избирательного поведения пациентов со стороны их близких. Априори поддерживается линия принуждения, различной степени деликатности, к приемлемым для персонала формам сопровождения пищевого обихода.

В сочетании с объективными проблемами, а также эмоциональным выгоранием, явлениями профессиональной деформации, личностного цинизма эта тенденция обретает выраженное негативное влияние на процесс оздоровления граждан даже не с самой грубой патологией.

Конечно, и близким пациента тяжело переносить эмоциональные и физические нагрузки, и персонал клиники и сиделок раздражает необходимость удерживать пациентов от переизбытка или, напротив, насильственно обеспечивать кормление, и социально-экономический компонент ситуации нередко провоцирует цинизм и грубость, - в таком окружении уловить слабые и неточные сигналы целесообразного выбора человека, снизить беспокойство пациента, наладить обратную связь, предупредить развитие вторичных дискоммуникаций, обесценить страхи больного особенно проблематично.

Между тем больные, контактность и внешняя адекватность которых восстановилась (а нередко наши участники наблюдают случаи, когда позитивные показатели заметно улучшились даже по сравнению с недавним, до, например, транзиторной ишемической атаки, состоянием – от позиции «Я всё дремлю...», «Как будто всё время проваливаюсь...», «Ничего не хочу», «Сил нет встать или повернуться...» и «Мне теперь всё можно» - к достаточно подвижному образу жизни, осознанной регуляции занятости, активного выполнения домашних дел и посещения учреждений. Отмечаются даже случаи относительного, по времени, улучшения состояния слуха и т.п.), - в дальнейшем рассказывают, что и в мало-контактном состоянии многое вспоминается, приходят размышления, в том числе продуктивные. Подобно тому,

как неконтактные дети, увлечённые взрослые или вообще люди, занятые изнурительно сложной, эмоционально истощающей деятельностью, а также находящиеся в длительной стрессовой ситуации, нуждаются во взвешенном, индивидуализированном подходе, - так и пожилые люди с изменившимся поведением необязательно находятся в однозначно и необратимо деструктивном процессе.

Как минимум, мотивируя близких пациента к поиску и обеспечению такого индивидуализированного, позитивистского подхода (подобно современному коррекционному), мы можем обеспечить более созидательное и социально ответственное отношение к беспомощному родственнику, что позволит им в будущем благополучнее пережить утрату и сопутствующие переживания вины, неисполненного долга, социальной несостоятельности и будущей вероятности самим испытать беспомощность и неприятие окружающих.

Окружающие по поводу жалоб и обиходного сопротивления, отказа от общения и выполнения распоряжений и настояний такого человека иногда полагают, что можно было бы частично удовлетворить просьбы и пищевое беспокойство в случаях устойчивой булимии за счёт малокалорийных продуктов, пожалуй, даже не совсем продуктов типа попкорна и других подобных объёмных, с вкусовыми добавками вариантов, или за счёт хлеба и булочек, что, конечно, усугубляет и нарушения пищеварения, усвоения питательных веществ, памяти и поведения, и проявления искажения собственно пищевого поведения.

Участники наших Проект-мастерских отмечают, что нередко «хороший» (но формальный) аппетит и частота стула раздражает сопровождающих лиц, равно как и проявления отказа от пищи, - даже у тех, кто осознаёт неправомерность таких эмоциональных реакций (применительно к описанным случаям до 70 процентов) и подготовлен к пониманию симптоматической ценности таких проявлений. Переосмыслить своё отношение, перевести ситуацию в конструктивное русло регуляции позволяет углублённый анализ целесообразности пищевого потребления (по достаточности, усвояемости, эффективности организации и наблюдавшихся ранее особенностей и привычек пациента) с проектным компонентом – то есть, когда участники по возможности самостоятельно моделируют ситуацию в активном диалоге. Наблюдатели отмечают, что нередко даже специалисты медицинского профиля, со специальной подготовкой проявляют негативное, деструктивное отношение к подобным вариантам поведения. Между тем как явления эмоционального выгорания, отмечают наши участники, в большинстве случаев сопутствуют именно профессиональному равнодушию, когнитивной и личностной энтропии, привычному цинизму родственного и нерод-

ственного сопровождения.

Для самих близких больного человека эффективно бывает изменить и собственные привычки занятости для сохранения общей работоспособности и выносливости: отказ от тяжёлой калорийной пищи, небольшие досуговые экскурсии для эмоционального и умственного отвращения, а также специальное сопровождение по типу групп поддержки, медитации, творческой самоактуализации. В кризисной ситуации человек либо сообщество могут или развиваться – или претерпевать энтропийные изменения.

Даже если сопровождающие люди осознают, что частота запросов пищи и стула пожилого человека означает изменение потребностного статуса, грубое несовершенство пищеварения и, соответственно, освоения организмом необходимых веществ – в том числе и тех, недостаток которых в организме усугубляет, а то и вызывает, когнитивно-мнестические, поведенческие расстройства, препятствуя их коррекции, – в обиходе периодически восстанавливаются неприязненные, деструктивные мотивы оценки и прогнозирования состояния пациентов. Наши консультанты, обеспечивающие супервизию специалистов и семьи в формате Кабинета Консультирования и Коррекции, отмечали необходимость понедельного повторения консультативной поддержки даже подготовленного окружения больного человека.

На конкретных примерах выясняя и демонстрируя окружающим, что отказ либо протестный поиск побуждается, быть может, неосознаваемой больным необходимостью восполнить дефицит определенных витаминов и иных веществ, которых недостаёт в их рационе либо они не усваиваются организмом, – наши консультанты и супервизоры фиксируют благоприятные изменения вначале в психоэмоциональном состоянии близкого окружения пациента. А затем, не всегда выражено, к сожалению, и у него самого. В любом случае беспомощный человек вправе ожидать от окружения, что его поведенческие сигналы, в том числе пищевого плана, будут небезразличны близким, что будут подбираться приемлемые решения и подходы и сформируется благоприятное средовое сообщество комфортного и мотивирующего влияния – а не закреплять либо усугублять эмоциональное противостояние, негативные проявления, взаимную напряжённость сторон.

Однажды дочь сказала матери, изнемогающей при уходе за капризным дедом: – а ты запиши, как не надо поступать старому беспомощному человеку – и в своё время так не делай. Участники нашей проект-группы назвали этот подход «Геронтологическим договором» [1]. Трудно прогнозировать, насколько полезен окажется такой документ через десятки лет в каждом конкретном случае,

но такой подход значительно оздоравливает и внутрисемейную текущую ситуацию, и представления окружающих о сущности состояния беспомощного человека, о своей роли в данных обстоятельствах, и проблем сопровождения, и вероятных перспектив собственной жизни.

Мы информируем граждан, что весьма высока вероятность, что при удовлетворении насущной потребности, а не каприза [2] или безудержной привычки потребления наступит так или иначе значимое улучшение в состоянии граждан, в том числе поведенческой природы, пищевого поведения – или хотя бы ощущение эмоционального комфорта, чувства исполненного долга если не у пациента, то у близких людей. Готовность к благоприятным изменениям в состоянии пациента – это тоже сигнал, значимость которого для беспомощного человека трудно просчитывать и прогнозировать. Но эффективность и рефлексивная составляющая окружения от этого, несомненно, зависит.

Обеспечивая впоследствии консультативную, эмоциональную поддержку граждан после потери близкого человека, в большинстве случаев отмечаем скрытую или обозначенную боль неисполненного долга, недостаточной заботы и невысказанных слов. Зачастую потерпевшему утрату человеку необходимо предметно и неоднократно описывать выполненность той или иной формы поддержки ушедшего родственника, – что существенно оптимизируется при своевременном и осознанном оказании такой поддержки в более ранний период (а многие коллеги в данной ситуации отмечали, что выдержать переживания потери помогли именно профессиональные знания и навыки – личные либо со стороны супервизора). Необходимо, например: напомнить, что близкий человек при каждом наступлении затруднения дыхания или напряжении кишечника, колик приступал к расслабляющему массажу и отвлекающим манипуляциям, поддерживающим разговорам, варьировал подходы и приёмы, добиваясь наступления ровного, незатруднённого дыхания, успокоения больного, прекращения мучительных стонов и поиска удобной позы, комфортной и благоприятной осанки. Существенно поддерживают людей и сравнения в их пользу – так при трудно купируемых приступах тоски и чувства вины наши супервизоры и консультанты прибегали к напоминаниям такого рода: «Не для всех пациентов были созданы такие условия», «Ты одна не спала, вскакивала на каждый стон – кашель – двигательное беспокойство».

Такие конкретные картины значительно ослабляют трагические переживания вины и в некоторой степени – утраты – близких.

Да и само деятельное присутствие близких гораздо более гармонично нагружает психофизическую занятость граждан, чем самые высокие переживания при

бездеятельности или ограниченном участии.

Опираясь на опыт наших предшествующих проектов социальной направленности, которые создали методическую базу проблемного анализа и ресурсного проектирования в области образования, семейной поддержки, межличностного оздоровления самоактуализации граждан, участники ММИГ «Белая Речь» продолжают разрабатывать и продвигать в социуме эффективные подходы, обеспечивающие общность с определенными традициями и трендами практико-ориентированных и научных коммуникаций, проблемного сотрудничества, конфликтологического сопровождения, таких как описанный здесь «Геронтологический договор», тренинг-курс «Зеркало», лингвистические практикумы самопозиционирования, журналы самонаблюдения, достижений, «Философский словарь социального работника», интегративный набор кейсов, интернет-интеграцию пожилых, маломобильных граждан [3].

К сожалению, нередко персонал клиник воспринимает присутствие так называемых «подушаживающих» именно как замену своих штатных обязанностей. Эта тенденция, а также объективные проблемы организации и обеспечения системы здравоохранения приводят к тому, что близкие пациента интенсивно склоняются к выполнению приказов и материальных запросов работников, подменяя, заслоняя, обесценивая главную роль своего присутствия: улавливать динамику и специфику поведенческих элементов, поддерживать, вызывать такие элементы активности беспомощного близкого человека, анализировать и интерпретировать какие-либо проявления, доносить до врачей свои наблюдения и выводы.

Например, не только замечания о том, что больная не привыкла принимать пищу в большом количестве либо не переносит какого-то вида пищи, не принимаются во внимание, подчас игнорируются даже замечания, что показания артериального давления, уровня холестерина, других данных не соответствуют врачебным ожиданиям, опирающимся на среднестатистические параметры.

Так, проблема рефлюкса до сих пор представляется чисто медицинской областью, между тем как педагоги и социальные работники отмечают, что своевременное отслеживание тонких изменений в динамике состояния глотательной функции больного постоянно присутствующим человеком поможет раньше обнаружить как улучшение и ухудшение соматического и психического здоровья пациента, так и определенную зависимость их от внешних обстоятельств, в данном случае. именно от вида и способа подачи пищи.

Подобно тому как привычки, предпочтения и даже капризы детей с ограниченными возможностями здо-

ровья могут оказаться не только проблемным фактором сопровождения, но и значимым симптомом, проявлением осознаваемого либо неосознанного поиска условий для облегчения состояния или даже некоторого оздоровления, - так и для пожилых маломобильных граждан такие проявления нередко обнаруживают высокую значимость для эффективного сопровождения.

Вообще аналогии очень помогают пояснить сущность и значение тех или иных мероприятий и подходов. Так, например, продуктивно бывает при обучении специалистов социального профиля соотносить (соотносить со своим опытом и обстоятельствами вообще конструктивно в силу известной защищенности значительной доли субъектов сопровождения от непосредственной проблематики их повседневного праксиса, например, способствуя анализу их личных и семейных проблем, мы проводим аналогии и переносом представления в профессиональные области), личный опыт, опыт своих детей по освоению возможностей саморегуляции пищевого поведения: так, например, нередко за консультацией или супервизионной поддержкой к нашим экспертам Кабинета Консультирования и Коррекции обращаются граждане, обеспокоенные устойчивым и исключительным пищевым выбором маленьких детей в пользу, например, сырого картофеля, галет или кусков сливочного масла. Зачастую эффективным и для здоровья ребёнка, и для эмоционального благополучия взрослых решением здесь является этнопедагогический тезис «наестся – перестанет». Равносильно как вместо того, чтобы жёстко отваживать ребёнка от привычки спать с мамой, следует удовлетворить эту потребность, и либо он сам откажется, когда исчерпает причины для такого упорства, либо он крайне нуждается в терапии страха или других беспокоящих факторов, - причины и другие обстоятельства который следует, разумеется, изучать, равно как и для взрослых, тем более – взрослых, которые, что называется, «впадают в детство».

Однако и для взрослых, и для детей необходимо своевременно минимизировать более грубые нарушения пищевого поведения, например, пристрастие к опасным химическим веществам, продуктам, употребление которых вообще подлежит ограничению в любом рационе, или длительный отказ от пищи, деструктивные привычки приёма пищи. Если день - два человек, не слишком истощённый, практически не ест, возможно, это ему необходимо, хотя ситуацию и не следует оставлять без внимания. Возможно, тут наблюдается временная, психогенная, сезонная либо лекарственная диспепсия. В качестве примера или аналогии приведем пример из практики наших экспертов: ребёнок или взрослый несколько дней съедал крайне мало и под большим давлением окружающих. Первый важный шаг - успокоить окружение, иногда этого даже бывает достаточно для оздоровления и благоприятного развития ситуации. Далее изучаем со-

путствующую проблематику: не выспался, напуган, заболел, болезненная брезгливость, неврологическая симптоматика, интоксикация и т.д. В ряде случаев помогает предложение такому ребёнку или взрослому вначале съесть некоторое количество фруктов или овощей, по его выбору, даже очень небольшой порции, после чего он зачастую готов положительно отнестись к обычной пище.

Пищевой выбор, пищевой ответ пациента здесь и целевой момент, и диагностический ресурс, показывающий уровень психоэмоциональной активности пожилого человека, включённости, активизации более здоровых тенденций пищевой и общей саморегуляции, которая может стать более рационально ориентированной, нежели в период, предшествующий эскалации симптоматики деменции.

Ещё на стадии нарушенного глотания после выраженного падения психомоторных функций могут наблюдаться слабые шевеления губ в ответ на привлекательный, ностальгически значимый или неожиданный вкусовой, звуковой, тактильный раздражитель, зачастую в очень незначительном количестве и слабой контрастности.

Нередко пациент, отказывающийся от еды, демонстрирующий раздражительную готовность либо апатию, оживляется, соглашается не по настоянию или рефлекс-провокации сиделки, а вследствие вариативности подхода близкого человека, улавливающего негативный и позитивный выбор, учитывающего прошлый опыт, предшествующие привычки пожилого родственника, проявляющего терпение, фантазию и сноровку для поиска эффективного взаимодействия, даже языка приёмов, полем для чего нередко становится именно пищевой выбор, пищевой диалог.

Извращённый возрастной вкус уступает выбору максимально натуральных продуктов зачастую ранее, чем человек начинает внешне проявлять готовность к мышлению, общению, размышлению. Этот выбор близкие улавливают по маловыраженным признакам положительных и отрицательных реакций.

Конечно, есть общие и частные моменты предпочтений пищевого статуса. Из общих наши активисты указывают простые продукты, богатые белком и микроэлементами: орехи, особенно экзотические (что, несомненно, существенно, арахис в этой группе обычно не представлен даже у тех людей, которые ранее, до выраженных, резких мнестических изменений и последующих признаков улучшения психического состояния, были к нему привержены и считали полезным. Наблюдается отчётливое предпочтение, например, кешью в ущерб бразильскому ореху – хотя ранее не обнаруживалось особенной сравнительной осведомлённости в данной области).

Это сортовая рыба, причём мы наблюдаем нередко сходные ситуации и с детским выбором: так ребёнок не всегда может объяснить, почему кету предпочитает горбуше, запеченное и сыровяленое вареному, присутствие вкусоусилителей отвергают.

Наблюдается отказ от сахара и подсластителей, изменяется лекарственный выбор – здесь также наблюдаются в целом здоровьесообразные тенденции.

Обогащается иногда и вкус к пряностям, если лакомство, то имбирный мармелад, нередок отрицательный выбор в отношении сублимированных продуктов, например растворимого кофе, также – присутствия крахмала, маргарина, заменителей натурального молока, колбасные изделия по привычке могут приобретаться – но не съедаются.

Встречались более поздние высказывания у людей с выраженной длительной ремиссией, позволившей значительно восстановить аналитические и коммуникативные функции, применительно к продуктам, ранее для них привлекательным: будто кусок мыла есть предлагают.

Бывшие приверженцы манной каши будто не слышат предложение поесть ранее привычное блюдо, отворачиваются от подносимой ложки, пытаются выплевывать, раздражаются, но не всегда могут объяснить свою позицию.

«Когда я была маленькой, мама, заведующая детским учреждением, следила, чтобы моё питание соответствовало нормативам, согласно режиму: каша, другая каша, котлета с макаронами, кисель. Если я заболела, «простудными» заболеваниями или «увеличивалась печень», она переводила меня на фрукты с рынка и шутила: когда ты болеешь, у тебя появляется нормальный аппетит». Свои пищевые представления и привычки она не меняла много лет. Когда у неё произошла выраженная транзиторная ишемическая атака, по симптоматике весьма схожая с инсультом, она смогла показать, что отказывается от госпитализации, затем откладывала поездку на КТ и довольно быстро, при поддержке невропатолога на дому, не только вернулась к предшествующему состоянию, но и значительно улучшила качество жизнедеятельности – превысила предшествующие возможности. А вот пищевой выбор изменился радикально – в пользу фруктов и рыбы, измельчённых орехов с имбирём и простокваши. Йогурт просила купить, но не ела».

Изменённый пищевой выбор пожилого человека в таких обстоятельствах может быть как достаточно устойчивым, до полутора недель и более, так и преходящим, даже вплоть отмены произнесённых только что пожела-

ний. Важно знать, что такая непоследовательность может иметь для него внутреннюю мотивацию, представлять ценность в качестве вербально-коммуникативного праксиса либо эмоциональной подвижности психики.

Продуктивным может стать взаимодействие принятых к личному статусу принципов питания и подсознательных компонентов индивидуального опыта преферентного выбора.

Возврат к принципам здорового питания в большинстве случаев выраженного оздоровления пищевого выбора нередко преодолевает привычки десятка и десятков предшествующих лет. Близкие люди зачастую не сразу вспоминают и соотносят такие позиции. Варьируют они и в субъективной отнесенности, и в интерпретации.

Бабушка возвращается в своём пищевом режиме к принципу «Сначала стул, потом обед», предписанным ею ранее для домашних животных, притом, что от внуков она требовала в тот же период неперменного питания согласно «правильному», нормативному темпоральному режиму.

Отступает и утвердившаяся ранее позиция «Мне уже все можно, ни в чём себе не отказываю», наблюдается нередко всплеск жизнеутверждающих устремлений, интерес к жизни окружающих, пробуждаются некоторые увлечения и обязательства значительно более ранних

периодов.

Совпадение во времени и побуждении таких признаков, сообщают участники исследования, позволяет прогнозировать вероятность полугодовой и более отсрочки упадка жизненных функций и когнитивных возможностей.

Конечно, статистически результаты такой работы пока ограничены в силу категориальной и ведомственной разобщенности участников исследования и социальных групп, а также дистанцированности корпоративных сообществ от родственного окружения пациентов. Специалисты нередко более открыто общаются и эффективнее взаимодействуют при условии конфиденциальности, чаще - в случаях личного родства или дружественности. Повышают качество взаимопонимания общность по интересам, общие неприятности, досуговые знакомства и соседство, бартерные и денежные отношения.

Общественное мнение сохраняет и транслирует сведения о «понимающих» специалистах, заботливых сиделках, их приглашают особенно настоятельно.

Что существенно: предвестником возвращения ишемической атаки могут стать не очень выраженные, мимолетные признаки как характерологического, эмоционального плана, пищевого поведения, так и небольшие перверсии сенсорного, моторного характера, нередко – повторяющегося характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рыбакова Е.В. Геронтологический договор. - Психология зрелости и старения: ежеквартальный научно-практический журнал. №1/2013/учредители: РОО "Центр Геронтолог", Е.В. Сатарова; гл. ред. О.В. Краснова. – М: Исследовательская группа "Социальные науки", 2013. – 128 с. – Журнал;
2. Рыбакова Е.В., Султанова Р.М., Гаязова Г.А. О значении капризов в жизнедеятельности и развитии детей с ограниченными возможностями здоровья - XXIX Международная научно-практическая конференция: «Итоги научно-исследовательской деятельности 2017: изобретения, методики, инновации» - <http://olimpiks.ru/d/1340546/d/ind29.pdf>;
3. Рыбакова Е.В., Султанова, Р.М., Гаязова Г.А. Влияние цифровых средств коммуникации на качество жизнедеятельности, удовлетворенность жизнью и ощущение включённости пожилых людей [электронный текст] // Культура и технологии. 2019. Том 4.

© Рыбакова Елена Владимировна (evrybakova19@mail.ru), Султанова Роза Миниаметовна (sultanovar@list.ru), Гаязова Гульшат Анифовна (gulshat_g@bk.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»