

**ОКУСОКО «Областной медико-социальный
реабилитационный центр имени преподобного
Феодосия Печерского**

**Методические рекомендации по обучению родителей
основам организации ухода за детьми-инвалидами**

Курск

2013

1

Составители:

Зуева Ю.Ю.- медицинский психолог

Калитеевский А.Е. – зав.отделением

Зайцев С.И. - юрисконсульт

Уважаемые родители! Чтение данного пособия и выполнение изложенных в нём рекомендаций позволит вам приобрести опыт взаимодействия со своим ребёнком, направленный на его развитие. Предложенные игры и упражнения помогут вашему ребёнку освоить новые умения и навыки, а ежедневное повторение позволит окончательно сформировать и закрепить их. Важно, что в этом вы являетесь его главными помощниками и общение малыша с вами носит позитивный характер. В процессе игры у вашего ребёнка будет расти чувство доверия к вам и к окружающему миру.

Изложенные методические рекомендации позволят улучшить организацию ухода за детьми с ограниченными возможностями. Эффективные методы и приемы коррекционно-развивающей работы помогут справиться с проблемами развития своего ребенка.

Удачи вам в ваших начинаниях!

Содержание

Введение.....	
Основные виды досуговых технологий для инвалидов и их семей.....	
Ребенок-инвалид.....	
Основные проблемы семей с детьми-инвалидами.....	
Особенности воспитания ребенка-инвалида в семье.....	
Функции семьи в выполнении комплексной программы реабилитации детей с отклонениями в развитии.....	
Технологии и средства социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.....	
Психологические аспекты реабилитации детей-инвалидов.....	
Рекомендации по результатам исследования личностных особенностей детей инвалидов.....	
Профессионально-трудовая реабилитация.....	
Режим для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии.....	
Оценка речевых трудностей психоречевого развития у детей раннего возраста.....	
Как организовать занятие с малышом.....	
Обучение игре.....	
Как сделать развивающие занятия наиболее эффективными.....	
Рекомендации педагога-психолога по работе с детьми – инвалидами.....	
Рекомендации родителям, имеющим детей-инвалидов.....	
Физическое воспитание детей-инвалидов.....	
Педагогическая помощь в организации физического воспитания ребенка-инвалида....	
Подготовка ребенка с ограниченными возможностями к самостоятельной трудовой жизни.....	
Двигательное развитие ребёнка- инвалида.....	
Развитие познавательной деятельности.....	
Коррекция дефектов восприятия и ориентировки в пространстве.....	
Развитие зрительного внимания.....	
Методика массажа для детей.....	
Компенсационные выплаты по уходу за детьми-инвалидами.....	
Заключение.....	
Литература.....	

Введение

Семья имеет особое значение в социальной реабилитации детей-инвалидов, в их социализации и интеграции в общество. Появление в семье инвалида всегда сопряжено с психологической напряженностью, чревато развитием конфликтной ситуации.

Вся жизнь ребенка-инвалида осуществляется в семье. Чем более доброжелательная семья, чем более понимающая семейносредовая ситуация, тем более успешной будет интеграция инвалида в общество.

Семьи, имеющие детей-инвалидов, в большинстве своем не располагают какой-либо полноценной информацией об особенностях обращения с инвалидами, об особенностях их воспитания, о необходимости реабилитации в домашних условиях, о соответствующем оборудовании квартир, об умении пользоваться техническими средствами реабилитации, о льготах семей, имеющих инвалидов.

Эти обстоятельства свидетельствуют о необходимости обучения самой семьи с тем, чтобы она стала помощницей в реабилитации и последующей интеграции инвалида в общество.

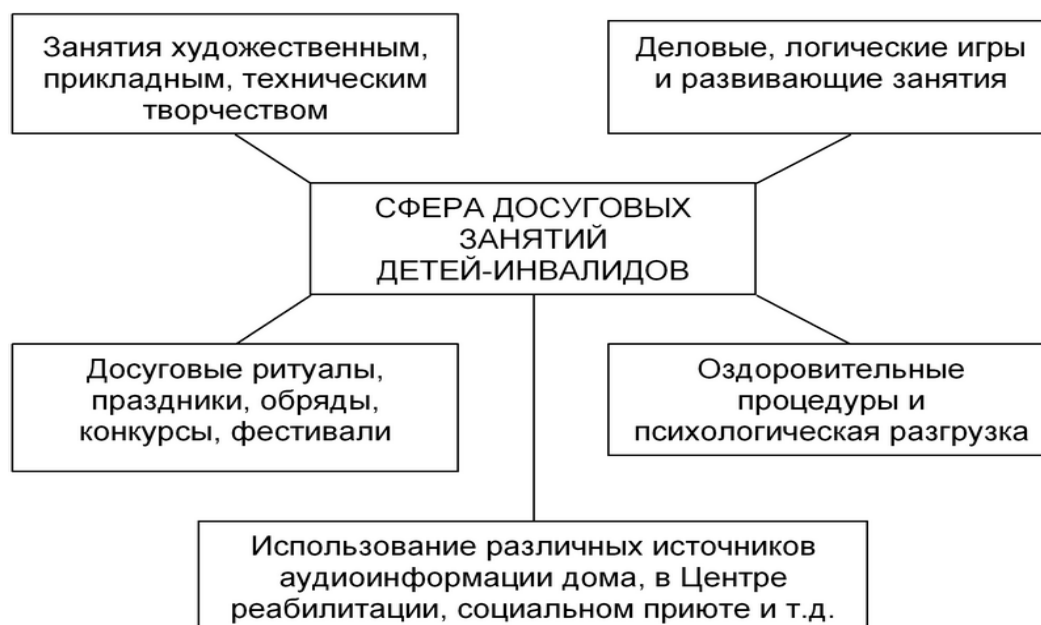
Проживание инвалида в семье, в условиях микросоциума ограничивает возможности его общения со здоровым окружением. Слабо развитые коммуникативные навыки инвалидов, проживающих в семьях, находят отражение и в достаточно сформированных навыках проведения досуга, который ограничивается просмотром телевизионных передач. При всей информативности и разнообразии передач телевизионное вещание не может быть единственным видом досуга. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости обучения ребенка-инвалида досуговой деятельности, которая развивает коммуникативные навыки, упражняет эмоциональную сферу, побуждает мотивационную деятельность, развивает моторику. Такие широкие возможности досуговой деятельности распространяются на психологическое развитие личности, ее социализацию, обеспечивает более надежную интеграцию в общество.

Семья, воспитывающая ребенка-инвалида, тоже нуждается в социально-психологической помощи и поддержке. Большое значение в социально-психологической реабилитации таких семей имеет сохранение и расширение социальных контактов, особенно таких, которые оказывают психотерапевтическое воздействие, в первую очередь — это общение с другими семьями, имеющими детей-инвалидов. Позитивное общение в клубах, студиях для родителей детей-инвалидов, проведение совместных досуговых мероприятий положительно сказывается на процессе реабилитации семьи.

Анализ общностей аномальных детей дает право говорить о множестве объективных и субъективных факторов (социально-экономических и других), которые в совокупности формируют следующие уровни отношения этих детей к своему досугу: первый — инертный, пассивный; второй — потребительский, отчасти иждивенческий; третий — творческий, активный. Поэтому, необходимо заботиться не только о материальных возможностях для отдыха детей-инвалидов, но и о психологической переориентации в выборе видов и способов досуга.

Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения, и медико-социальную реабилитацию.

Основные виды досуговых технологий для инвалидов и их семей



Ребенок-инвалид

Врожденное или приобретенное в раннем возрасте заболевание, отклонение в развитии могут привести к тому, что ребенок становится инвалидом. Болезнь может проявляться физически и физиологически, не затрагивая умственного и психического развития, либо, наоборот, у ребенка наблюдается задержка психического развития на фоне относительного физического здоровья. Независимо от специфики заболевания душевные переживания родителей огромны.

Мать ребенка-инвалида

Если ребенок-инвалид не социализирован, то вся семья будет ограничена в передвижениях и контактах с окружающими. Как правило, уход за ребенком-инвалидом ложится на плечи матери. Именно от ее поведения, мужества, выдержки зависят и судьба малыша, и атмосфера в семье. Видя свою маму бодрой и веселой, многие дети способны научиться радоваться жизни. Осознание того, что ребенок тяжело болен, возможно навсегда, невероятно болезненно. Поэтому часто возникают деструктивные настроения, негативные эмоции, способные привести к деформации личности матери, а в итоге – к дестабилизации обстановки в семье вплоть до ее разрушения. Ниже приведены примеры самых типичных неправильных психологических установок матери ребенка-инвалида.

Неправильные психологические установки матери ребенка-инвалида

Неприятие ситуации. «Почему это случилось именно со мной? За что? Я не хочу! Я не могу!» - внутренний бунт, вследствие которого мать ребенка-инвалида впадает в болезненный эгоизм, где нет места любви и жалости к больному малышу. Такое отношение может оттолкнуть родных.

Ложный стыд. «Это так стыдно, что у меня «ненормальный» ребенок». Такая установка вызвана отсутствием в нашем обществе полноценной интеграции инвалидов в социум. Это особенно опасно для ребенка-инвалида, поскольку он может оказаться оторванным от сверстников и общества.

Поиск виновных. «Во всем виновата наследственность мужа (жены) и т.д.». Это попытка снять с себя ответственность за жизнь больного ребенка. Такая позиция приводит к конфронтации между членами семьи и исключает сотрудничество.

Комплекс вины. «Это из-за меня ребенок родился на свет, чтобы мучиться и страдать; Мой долг – искупить вину». Такая установка может привести к гиперопеке ребенка, чрезмерному потаканию его капризам. В этом случае велика вероятность того, что это только усугубит страдания ребенка-инвалида.

Перенос вины на ребенка. «Если бы он старался, то был бы здоровее». Такая установка приводит к конфронтации с ребенком, его изоляции в семье. А следствием является ухудшение физического и психического состояния ребенка-инвалида.

Самоуничижительные настроения. «Мне всегда не везет. У меня не мог родиться нормальный ребенок. У меня все не как у людей». Такая установка несовместима с конструктивным поведением и не ведет к улучшению ситуации.

Синдром жертвы. «Моя жизнь закончена, до конца дней мне придется нести этот крест» - демонстративное поведение не дает разглядеть в ребенке-инвалиде личность, способную приносить радость, достойную привязанности и любви.

Мания «отличия». «Мы не такие как все. У нас особая жизнь, особые обстоятельства». В данной ситуации эгоцентризм является компенсаторной реакцией. Такие настроения могут привести к изоляции от общества, исключают помощь и поддержку со стороны окружающих.

Потребительские настроения. «У нас беда. Все должны нам сочувствовать, помогать, идти навстречу». Такая позиция ведет к постоянной драматизации положения. Подсознательно мать может даже иметь установку: «Чем хуже, тем лучше». А это исключает полноценную социализацию ребенка-инвалида.

«Убийственная» жалость. «Ай, бедненький, несчастненький, беспомощный ребенок! Без меня он погибнет». Подобные мысли часто вызваны желанием самоутвердиться за счет ребенка-инвалида. Как и в предыдущем случае, мать подсознательно не заинтересована в улучшении состояния больного ребенка, в его социализации. Для того чтобы изменить установку, иногда родителям ребенка-инвалида бывает достаточно поймать себя на «плохой мысли», но бывает, что обойтись без помощи психолога невозможно.

Основные проблемы семей с детьми-инвалидами

Семья, ближайшее окружение ребенка с ограниченными возможностями — главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, профориентации.

Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка с ограниченными возможностями увеличиваются. Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида, каждая 3-я семья имеет около 6 м² полезной площади на одного члена семьи, редко — отдельная комната или специальные приспособления для ребенка.

В таких семьях возникают проблемы, связанные с приобретением продуктов питания, одежды и обуви, самой простой мебели, предметов бытовой техники: холодильника, телевизора. Семьи не имеют крайне необходимого для ухода за ребенком: транспорта, дач, садовых участков, телефона.

Услуги для ребенка с ограниченными возможностями в таких семьях преимущественно платные (лечение, дорогостоящие лекарства, медицинские процедуры, массаж, путевки санаторного типа, необходимые приспособления и аппараты, обучение, оперативные вмешательства, ортопедическая обувь, очки, слуховые аппараты, инвалидные кресла, кровати и т.д.). Все это требует больших денежных средств, а доход в этих семьях складывается из заработка отца и пособия на ребенка по инвалидности.

Анализ показал, что среди семей с детьми с ограниченными возможностями самый большой процент составляют неполные материнские семьи. У 15 % родителей произошел развод по причине рождения ребенка-инвалида, мать не имеет перспективы вторичного замужества. Поэтому к проблемам семьи ребенка с ограниченными возможностями прибавляются проблемы неполной семьи.

Психологические проблемы. Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Выделяют 3 типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида: с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы; с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т.д.; со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплачивается.

Отец в семье с больным ребенком — единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и практически не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Как правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью (обычно — это надомный труд). Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективно лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей.

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная деривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире. Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей, и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым, обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными возможностями, отсутствуют доступная литература, достаточная информация, медицинские и социальные работники. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ограниченными возможностями обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной, рекомендованной для данного заболевания, по вспомогательной), но все они требуют индивидуального подхода.

Медико-социальные проблемы. Медико-социальная помощь в нашей стране резко ухудшилась в связи с изменением социально-экономической обстановки. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями должна быть ранней, этапной, длительной, комплексной, включать медицинские, психолого-педагогические, профессиональные, социально-бытовые, правовые и другие программы с учетом индивидуального подхода к каждому ребенку. Главное — научить ребенка двигательным и социальным навыкам, чтобы в последующем он смог получить образование и самостоятельно работать.

Нет достоверного специального учета детей с ограниченными возможностями ни в государственных органах социального обеспечения, ни в обществе инвалидов. Отсутствует координация в деятельности различных организаций, связанных с медико-социальным обеспечением таких семей. Недостаточна информационная работа по пропаганде целей, задач, льгот, законодательств, касающихся медико-социальной реабилитации. Вся социальная работа ориентирована на ребенка и не учитывает особенности семей, а участие семьи в медико-социальной работе является решающим наряду со специализированным лечением.

Диспансерное медицинское обслуживание не предусматривает четко налаженной этапности (по показаниям) — стационарная, амбулаторная, санаторная. Этот принцип прослеживается преимущественно для детей раннего возраста.

Особенно низка амбулаторная медицинская помощь. Она оказывается преимущественно при острых заболеваниях и неудовлетворительной профильной по случаю инвалидности. На низком уровне находится осмотр детей узкими специалистами, массаж, лечебная физкультура, физиолечение, диетолог не решает вопросы питания при тяжелых формах диабета, почечных заболеваниях. Недостаточна обеспеченность медицинскими препаратами, тренажерами, инвалидными колясками, слуховыми аппаратами, протезами, ортопедической обувью.

Обдумывая вопросы планирования семьи, лишь немногие родители решаются родить повторно после рождения ребенка с ограниченными возможностями.

Остаются нерешенными многие социально-медицинские, психолого-педагогические проблемы, в том числе неудовлетворительное оснащение медицинских учреждений современной диагностической аппаратурой, недостаточно развитой сетью учреждений восстановительного лечения, «слабыми» службами медико-психолого-социальной работы и медико-социальной экспертизы детей-инвалидов; сложностью в получении профессии и трудоустройстве, отсутствием массового производства технических средств для обучения, передвижения, бытового самообслуживания в детских интернатах и домашней обстановке.

Проводимые в России государственные меры демографической политики, помощи семьям с детьми, в том числе с детьми с ограниченными возможностями носят разрозненный, малоэффективный характер и не учитывают семей в комплексе.

Особенности воспитания ребенка-инвалида в семье

«Семья – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью. В браке и семье отношения обусловлены различием полов и половой потребностью, проявляются в форме нравственно-психологических отношений».

По мнению исследователей, занимающихся проблемами семьи (И.М. Балинский, А.И. Захаров, И.А. Сихорский и другие), семья может выступать в качестве положительного или отрицательного фактора в воспитании ребенка.

Положительное воздействие на личность ребенка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него в семье людей, не относится к ребенку лучше, не любит его так и не заботится столько о нем. И вместе с тем, никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья.

Семейное воспитание – сложная система. Оно должно основываться на определенных принципах и иметь определенное содержание, которое направлено на развитие всех сторон личности ребенка. Оно должно основываться на определенных принципах:

- гуманность и милосердие к растущему человеку;
- вовлечение детей в жизнедеятельность семьи как ее равноправных участников;
- открытость и доверительность отношений с детьми;
- оптимистичность взаимоотношений в семье;
- последовательность в своих требованиях (не требовать невозможного);
- оказание посильной помощи своему ребенку, готовность отвечать на вопросы.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, переживают воздействие совокупности постоянно травмирующих факторов, прежде всего это малообеспеченность, ограничение жизнедеятельности как ребенка-инвалида, так и родителей, низкая возможность самореализации для всех членов семьи. К этому следует добавить высокую вероятность плохих бытовых условий, в которых обычно проживают люди, столкнувшиеся с личным горем. Все негативные социально-экономические влияния такая семья ощущает особенно остро, ибо все издержки государственной политики и проблемы общества непосредственно отражаются на ее материальном и психологическом состоянии.

Рождение или появление в семье ребенка-инвалида – то всегда шок и чувство вины, особенно у женщин. Реакция мужчин обратная – отстранение. Уровень разводов в таких семьях выше, чем в иных семьях, ибо отцы не выдерживают непрекращающихся трудностей и уходят из семьи. Женщина заикливается на болезни ребенка – нет личного счастья. У нее появляется чувство безвыходной ситуации. Развиваются неврозы по истерическому типу, по навязчивому типу.

Уход за больным ребенком-инвалидом обычно не совместим с производственной занятостью матери, поэтому она, как правило, вынуждена оставить работу либо ограничиться нелюбимой или низкооплачиваемой работой, которая чем-то удобна – свободна по графику, близко расположена и т.п. Родительское поведение по отношению к больному ребенку также чаще всего приобретает неадекватную

форму. Одни из них придерживаются аскетического воспитания, в результате ребенку уделяют недостаточно времени и внимания. Другие занимают противоположную позицию. Из чувства жалости стараются выполнить все возможные и не возможные требования ребенка, варианта родительского поведения не являются целесообразными. Ребенок научается действовать успешно только при условии, если его принимают, любят, уважают.

Характер социальных связей обеспечивается, в основном, контактом с медицинским персоналом. Самым страшным для семьи в такой ситуации становится врач, занимающий позицию судьи. Для них важна ситуация здесь и теперь, а не то, что будет потом. Задача специалистов, в частности врача, - установить этапы, разработать индивидуальный маршрут, и тогда родители получают в руки действительно необходимое средство, которое им помогает справиться с аффективными переживаниями.

Практика показывает, что с рождением ребенка-инвалида в семье возникает целый ряд сложных психологических проблем, которые приводят к психологической дезадаптации родителей. Спиваковская А.С. выделяет четыре фазы психологического осознания факта рождения ребенка с физическими, сенсорными или психическими нарушениями:

- 1) характеризуется состоянием растерянности, порой страха. Родители испытывают чувство неполноценности, беспомощности, тревоги за судьбу ребенка;
- 2) состояние шока, которое трансформируется в отрицание диагноза. Отрицание направлено на то, чтобы сохранить надежду. Крайней формой отрицания является отказ от обследований и коррекционных мероприятий;
- 3) осознание и постепенное принятие диагноза вызывают депрессию;
- 4) полное принятие диагноза, психическая адаптация в случае, когда родители правильно оценивают ситуацию. Но, к сожалению, этой стадии достигают не все. Даже самые заботливые и оптимистически настроенные родители чаще всего находятся в жестких тисках эмоциональной и психической нагрузки, что, в конце концов, приводит к психологическому срыву.

Болезнь ребенка влияет на социальные связи семьи. Семья становится закрытой, тем самым менее устойчивой к внутри и внесемейным стрессорным факторам. Конечно, во многом социальные последствия определяются индивидуально-личностным реагированием на стресс и внутрисемейными отношениями. Но, как показывают исследования, большинство из них приспосабливаются к стрессу неуклюже и нерационально.

По данным Мамайчук И.И., особенно это проявляется в семьях с гиперпротективной реакцией на болезнь. Родители мобилизуют всю свою энергию на поиск лекарств, бесконечное хождение по больницам и т.д. При этом часто в жертву приносят профессиональные интересы. Круг социально-психологической активности с появлением в семье ребенка-инвалида резко сужается. В результате ситуации социального ограничения, происходит «насыщение друг другом», что приводит к взаимной раздражительности и нетерпимости, тягостному чувству «познанности до конца». Нерастроченный «агрессивный потенциал» не сублимируется во внесемейную деятельность, замыкается в семье, создает наэлектризованную атмосферу злобного напряжения или уходит внутрь, приводя к чувству истощения, усталости, психосоматическим расстройствам и ипохондрическим реакциям.

Некоторые дети-инвалиды медленно достигают определенных возрастных этапов, а иногда и не «проходят» их. В критические периоды родители вновь переживают чувство беспомощности, разочарования и неуверенности.

Таким образом, ограничение социальных связей ведет к различным дефектам общения, способствует установлению низкой культуре взаимодействия в супружеском общении и как отражение этого сказывается на отношениях к ребенку. В конечном итоге это приводит к утрате так необходимой в таких семьях психотерапевтической функции, усугубляя еще более травмы, связанные с инвалидизацией ребенка.

Семья должна быть готова к переживаниям таких событий. В большинстве случаев эта ситуация вызывает кризис в семье, что требует активизации имеющихся ресурсов.

Таким образом, изучение семей выявляет их экономический, социокультурный уровень, особенности семейного микроклимата, условия воспитания ребенка-инвалида и ряд других важных для выбора стратегии и тактики работы с семьей и с ребенком вопросов. Микросреда семьи и семейное воспитание влияют на

ребенка, на формирование его личности. От уровня общей и психолого-педагогической культуры родителей, их жизненной позиции, их отношения к ребенку и имеющимся у него проблемам, от степени участия родителей в коррекционном процессе во многом зависят успехи диагностической, учебно-воспитательной, коррекционно-развивающей и лечебно-оздоровительной работы.

Функции семьи в выполнении комплексной программы реабилитации детей с отклонениями в развитии

Степень отклонения	В дошкольном возрасте	В школьном возрасте
При незначительных и умеренных отклонениях	<ol style="list-style-type: none"> 1. Получение инструктажа у специалистов ЛПУ и применение в домашних условиях лечебно-тренирующих методов, корригирующих отклонения в развитии. 2. Воспитание навыков санитарии, гигиены, самообслуживания под наблюдением патронирующего персонала ЛПУ. 3. Инициатива зачисления ребенка в дошкольные детские учреждения общего типа. 4. Создание в семье благоприятного психологического климата, рациональное воспитание. 5. Участие в ассоциациях родителей детей с ограниченными возможностями. 6. Инициатива востребования материальной (денежной, натуральной, технической) помощи, надомное трудоустройство матери. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжение постоянных и периодических курсовых и корригирующих лечебно-тренирующих методов. 2. Инициатива зачисления ребенка в общеобразовательную школу для обучения со здоровыми детьми или в специальных классах. 3. Повседневная помощь ребенку в выполнении школьных уроков. 4. Поддержание в семье благоприятного психологического климата, продолжение рационального воспитания без гипер опеки и перегрузок. 5. Участие в ассоциациях родителей детей с ограниченными возможностями. 6. Инициатива востребования материальной (денежной, натуральной, технической) помощи, надомное трудоустройство матери.
При значительных отклонениях	<ol style="list-style-type: none"> 1. Получение инструктажа у специалистов ЛПУ и реабилитационных центров, применение лечебно-тренирующих методов в домашних условиях. 2. Поддержание нормального санитарно-гигиенического состояния ребенка по указаниям персонала ЛПУ. 3. Инициатива зачисления ребенка в специализированные дошкольные учреждения и группы. 4. Сохранение семьи, генетическая и психологическая консультация в специализированных учреждениях. 5. Участие в ассоциациях родителей детей с ограниченными возможностями. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжение лечебно-корригирующих тренировок в домашних и стационарных условиях. 2. Поддержание нормального санитарно-гигиенического состояния ребенка по указаниям персонала ЛПУ. 3. Инициатива зачисления ребенка в спецшколу (по профилю патологии) или для надомного обучения. 4. Поддержание психологической стабильности в семье. 5. Участие в ассоциациях родителей детей с ограниченными возможностями.

Технологии и средства социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями

Главное назначение социальных технологий - регулирование социальных процессов в различных областях с помощью специфических средств. Многообразие социальных процессов, а следовательно, технологий их регулирования, обусловлено широким спектром социальной деятельности в целом и социального обслуживания, различаясь по целям, функциям, характеру и результатам. Для каждого вида социальной деятельности создаётся особая технология. Технологии социальной реабилитации включают совокупное приёмов и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребёнка, имеющего инвалидность. Различают следующие формы реабилитации, взаимосвязанные между собой.

Медицинская реабилитация. Она направлена на восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции или на возможное замедление заболевания. В ходе медицинской реабилитации ребенок проходит курс лечебных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление

и развитие физиологических функций, нарушенных болезнью, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условия для возвращения к активной самостоятельной жизни.

Психологическая реабилитация. Это воздействие на психическую сферу инвалида, направленное на развитие и коррекция индивидуально психологических особенностей личности. Психологическая реабилитация лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями предполагает проведение комплекса психодинамических мероприятий, ориентированных на коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний. Возвращение к психическому здоровью в процессе психической реабилитации предусматривает устранение нежелательных установок, неуверенности в своих силах, чувства тревоги и страха. Процесс психической реабилитации требует создания специальных условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (досуг, общение, диспансеризация).

Педагогическая реабилитация. Под этим понимается комплекс мероприятий воспитательного характера в отношении детей, направленных на то, чтобы ребёнок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование. Важно выработать у ребёнка психологическую уверенность в собственной полноценности, и сформировать правильную профессиональную ориентацию. В процессе педагогической реабилитации с помощью системы методов и приёмов обучения, воспитания и развития решаются вопросы восстановления, коррекции и компенсации нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального). Кроме того, в целом процессе ребёнок усваивает основы научных знаний и вырабатывает соответствующие навыки и умения, постигает опыт человеческих отношений и жизни в обществе; бытовых (культура внутрисемейных отношений); деловых (культура профессиональных отношений); правовых и политических стереотипах поведения.

Социально - экономическая реабилитация. Под ней понимается комплекс мероприятий по обеспечению инвалида необходимым и удобным жилищем, денежному обеспечению и т.п.

Профессиональная реабилитация. Она предусматривает обучение инвалида доступным видам труда, предоставление необходимых индивидуальных технических приспособлений, помощь в трудоустройстве.

Бытовая реабилитация. Она обеспечивает получение необходимых протезов, личных средств передвижения дома и на улице, других приспособлений, позволяющих индивиду стать достаточно самостоятельным в быту.

Спортивная и творческая реабилитация. Данные формы активно стали разрабатываться в последнее время, и следует отметить большую эффективность. С помощью спортивных мероприятий, а также восприятия художественных произведений, активного участия в художественной деятельности у детей укрепляется физическое и психическое здоровье, исчезает депрессия, ощущение своей неполноценности. Кроме того, совместное с детьми - инвалидами участие в спортивно - реабилитационных мероприятиях позволяет их здоровым сверстникам преодолеть психологические барьеры, предубеждение по отношению к людям с ограниченными возможностями [8].

Социальная реабилитация. Она включает в себя и меры по социальной поддержке, т. е. выплаты родителям пособий и пенсий, надбавок по уходу за ребёнком, оказание натуральной помощи, предоставление льгот, обеспечение специальными техническими средствами, протезирование [2].

Цель социальной реабилитации - наиболее полное развитие у ребенка с ограниченными возможностями духовных и физических сил посредством использования его сохранных функций, возникающих потребностей и интересов, его собственной активности и создания соответствующих внешних и внутренних условий, в которых они могут наиболее активно проявляться. При этом важно, чтобы в процессе социальной реабилитации ребёнка, подростка или юноши с отклонениями в развитии произошли изменения в восприятии своего собственного «Я» и окружающей действительности, научились быть равными с так называемыми здоровыми людьми и у них сформировались качества, противодействующие травмирующим воздействиям и способствующие успешному выполнению жизненных планов.

Чтобы реализовать названные задачи специалист по социальной реабилитации должен владеть средствами и методами воздействия на ребёнка.

К средствам реабилитационного воздействия относятся различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и т.д.), психологическим помощи (психолого-профилактическая и просветительская работа, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия, специальной помощи (игротерапия, арттерапия или терапия искусством музыкотерапия, библиотерапия, танцевальная терапия, проективный

рисунок, сочинение историй, сказкотерапия, куклотерапия. материальной и духовной культуры, технические приспособления, оборудование, необходимые для ребёнка с ограниченными возможностями, литература, произведения искусства, аудиовизуальные технические средства, средства массовой информации и др.)

Процесс социальной реабилитации протекает только в деятельности. Она обеспечивает познание ребёнком окружающего мира, порождает новые потребности, стимулирует возникновение у детей чувств, активизирует ноллю, является важнейшим источником овладения опытом межличностных отношений и поведения. Основными видами деятельности ребенка и подростка, в которых они наиболее полно развиваются, являются игра, учение и труд.

Игра — это форма деятельности в условных ситуациях, в которой воспроизводятся типичные действия и взаимодействия людей. Она лечит ребёнка является формой реализации активности и сферой жизнедеятельности, где он получает удовольствие. Воссоздаваемые в процессе реальные и воображаемые предметы, образы, игрушки помогают ребёнку познать окружающий мир, приучают его к целенаправленной деятельности, способствуют развитию мышления, памяти, речи, эмоций. Особое значение для развития ребёнка имеет ролевая игра. Распределяя роли в игре, и общаясь, друг с другом, в соответствии с принятыми ролями (врач больном и т.д.), дети осваивают социальное поведение, учатся взаимодействовать между собой. На следующем этапе - игре по правилам - эти черты поведения получают своё дальнейшее развитие [12].

Учение - это форма деятельности, в которой действия человека управляются сознательной целью освоения определённых знаний, навыков, умений. В ходе учебной деятельности ребёнок не только овладевает опытом предшествующих поколений, но и учится управлять своими психическими процессами, у него вырабатываются умения выбирать, и направлять свои действия и операции, навыки и опыт в соответствии с решаемой задачей. Учение подготавливает человека к трудовой деятельности [14].

Трудовая деятельность — это форма деятельности, направленная на производство определённых общественно- полезных продуктов (ценностей), удовлетворяющих материальные и духовные потребности человека.

Разновидностями труда в детском и подростковом возрасте выступает бытовой труд, труд в мастерских, труд по самообслуживанию и др.

В практике социальной реабилитации постоянно возникает ситуация, когда ребёнок или подросток не может самостоятельно справиться с проблемами, возникающими на жизненном пути, и ему необходима соответствующая помощь. В зависимости от возраста, состояния здоровья и особенностей жизненной ситуации такая помощь может быть оказана специалистом по социальной реабилитации, психологом или психотерапевтом, а при наличии психопатологии - врачом - психиатром .

Наряду с рассмотренными видами помощи в практике социальной реабилитации широкое применение находят специальные виды помощи и, прежде всего, игротерапия и арттерапия (терапия искусством).

Игротерапия - метод коррекционного воздействия на детей с использованием игры, Психокоррекционный эффект игровых занятий у детей достигается; благодаря установлению положительного эмоционального контакта между детьми и взрослыми. Игра снимает напряжённость, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, расширяет способности детей к общению, увеличивает диапазон доступных ребёнку действий с предметами.

Применение игротерапии полезно при социальном инфантилизме, замкнутости, необщительности, сверхконформности и сверхпослушании, при нарушении поведения и наличии вредных привычек и др.

Арттерапия — терапия искусством. Основная её цель состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения представителей психоанализа важнейшей техникой арттерапевтического воздействия является техника активного воображения, направленная на то, чтобы столкнуться лицом к лицу сознательное и бессознательное и примерить их между собой посредством аффективного взаимодействия, С точки зрения представителей гуманистического направления, коррекционные возможности арттерапии связаны с представлением ребёнку практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации в продуктах творчества, в утверждении и познании своего «Я».

К основным видам арттерапии относятся: рисуночная терапия, музыкотерапия, библиотерапия, танцевальная терапия, сочинение истории, сказкотерапия, куклотерапия.

Рисование - творческий акт, позволяющий ребёнку ощутить и понять самого себя, выразить свободно мысли и чувства, освободиться от конфликтов и сильных переживаний, развить эмпатию, быть самим собой, свободно выражать мечты и надежды.

Музыкотерапия представляет собой метод, использующий музыку в качестве средств коррекции (прослушивание музыкальных произведений, индивидуальное и групповое музицирование). Музыкотерапия активно используется и в коррекции эмоциональных отклонений, страхов, двигательных и речевых расстройств, психосоматических заболеваний, отклонений в поведении, при коммуникативных затруднениях и др.

Библиотерапия специальное коррекционное воздействие на ребенка с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния. Коррекционное воздействие чтения проявляется в том, что те или иные образы и связанные с ними чувства, влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют тревожные мысли и чувства или направляют их по новому руслу.

Танцевальная терапия применяется при работе с людьми, имеющими эмоциональные расстройства, нарушения общения, межличностного взаимодействия. Цель танцевальной терапии развитие осознания собственного тела, создание позитивного образа тела, развитие навыков общения. Танцевальная терапия используется в основном в групповой работе. Она побуждает к свободе и выразительности движения, развивает подвижность, укрепляет силу, как на физическом, так и на психическом уровне.

Сочинение историй, рассказов используется для оживления чувств ребёнка, для того, чтобы претворить внутреннее беспокойство в конкретный образ, найти адекватные способы разрешения конфликтов, вызывающих нарушения поведения ребёнка.

Сказкотерапия - метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширение сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром. Тексты сказок вызывают у детей интенсивный эмоциональный резонанс, что помогает создать в сложной эмоциональной обстановке эффективную ситуацию общения.

Куклотерапия как метод основан на процессах идентификации ребенка с любимым героем мультфильма, сказки и с любимой игрушкой. Куклотерапия широко используется для улучшения социальной адаптации, при коррекционной работе со страхами, заиканием, нарушениями поведения, а также для работы с детьми, имеющими эмоциональную травму.

Психологические аспекты реабилитации детей-инвалидов

Особенности психики у лиц с физическими дефектами привлекали внимание как психиатров, так и других специалистов с давних пор. Еще в 1625 году Платтер отмечал наличие у детей с физическими недостатками психопатологических особенностей в виде упрямства, не послушания. Позже были описаны бред преследования тугоухих, обусловленный чувством недоверчивости, одиночества, склонностью к ошибочным толкованиям у людей с дефектами слуха; тип "слепого" с труднопреодолимой замкнутостью, сосредоточенностью на внутренней жизни. При детских церебральных параличах (ДЦП) двигательные нарушения сопровождаются недостаточностью ряда нервно-психических функций. Сочетания расстройств моторной сферы и интеллекта различны. При спастической диплегии (тетрапарез, при котором руки страдают меньше, чем ноги) дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков). Отмечается удовлетворительное развитие вербального мышления, но недостаточность наглядно-образного (с трудом запоминают расположение кабинетов в школе, не умеют рисовать).

Многие из таких детей способны к обучению в массовых школах. Гиперкинетическая форма характеризуется триадой: гиперкинезы, тугоухость, интеллектуальная недостаточность (особенно страдает вербальное мышление в связи с нарушениями речи, наглядно-образное мышление сохранено - дети успешно рисуют, конструируют). При гемипаретической форме (парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности) часто наблюдаются нарушения речевых функций, счета, зеркальное письмо.

Около 30% детей страдает олигофренией. Экспериментально-психологические исследования выявляют преобладание в мотивационной сфере ребенка с ЦП мотива подчинения взрослому, что оказывает тормозящее влияние на формирование собственных активных личностных установок. Проявляется

отчетливая тенденция к формированию низкого уровня притязаний, сочетающегося с избирательно завышенной самооценкой в отношении здоровья (90% из них отнесли себя к здоровым), что, по-видимому является защитным механизмом, амортизирующим чувство собственной неполноценности. При ДЦП двигательная недостаточность с рядом сопутствующих факторов может приводить к формированию патологических свойств личности по дефицитарному типу; на грубую органическую патологию неизбежно наслаиваются воздействие социальных факторов, оказывающих психотравмирующее действие.

К ним относятся: 1) переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих; 2) явления госпитализма, т.к. больные часто находятся в больницах и санаториях длительный период; 3) разлука с матерью или неполная семья (отцы в 25% случаев оставляют семьи); 4) психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации; 5) затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений; 6) сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха; 7) неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости). В связи с переживанием чувства неполноценности у ребенка возникают психогенные реакции, которые в случае гиперкомпенсации формируются в двух направлениях: пассивно-оборонительном и агрессивно-защитном. Некоторые исследователи для решения этой проблемы используют концепцию Юнга об экстраинтроевертированных личностях. Детям со спастической диплегией более свойственны интроевертированные черты характера: пугливость, склонность к различным страхам, любовь к повышенному вниманию, которое гарантирует безопасность. Для детей с гиперкинезами характерны экстравертированные черты: общительность, легкая возбудимость, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость. Клинически психогенное патологическое формирование личности по дефицитарному типу проявляется несколькими вариантами. Наиболее часто встречающийся (как при ДЦП, так и у детей с заболеваниями зрения, слуха) астено-невротический вариант проявляется робостью, застенчивостью, чрезмерной чувствительностью и впечатлительностью, неуверенностью в себе, обидчивостью, иногда - заиканием, энурезом, страхом падения, передвижения, высоты. При псевдоаутистическом варианте наблюдается необщительность, усиливающаяся с возрастом ребенка (что свидетельствует о реактивном ее генезе), замкнутость со склонностью к гиперкомпенсаторному фантазированию.

Больные часто пишут стихи, ведут дневник; некоторые девочки собирают фотографии балерин. У детей и подростков этой группы раньше наблюдаются осознание дефекта, направленность на его коррекцию. Истероидный вариант характеризуется эгоцентризмом, демонстративностью поведения, избалованностью (формируется при воспитании по типу "кумир семьи"), лживости.

Сексуальные интересы проявляются рано, девушки могут преувеличивать свои привязанности. Компенсация может быть достигнута подбором заданий, позволяющих быть в центре внимания: игра в школьном театре и т.п.. При неустойчивом варианте отмечается недоразвитие волевой деятельности, внушаемость, беспечность, стремление к постоянной смене впечатлений, поверхностность суждений. При возбудимом варианте ведущими признаками являются повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, усиление примитивных влечений и инстинктов. Первые признаки выявляются при поступлении в школу-интернат и часто связаны с трудностью обучения из-за пространственных нарушений, задержки развития, педагогической запущенности. Такие дети стараются завоевать авторитет среди сверстников излишней бравадой, грубостью, драками.

Это и своего рода протест, т.к. большинство из них растет в "трудных" семьях, в асоциальной среде. Патология поведения усугубляется также в связи с усилением патологии влечений в виде склонности к вредным привычкам, повышенной сексуальности. При планировании программы реабилитации при ДЦП обязательно должны учитываться особенности личности больного, структура психологических нарушений и механизмы их компенсации. Имеются данные, подтверждающие влияние психологических особенностей детей на эффективность ортопедо-хирургического лечения. Дети, отличающиеся повышенной зависимостью от других в разрешении конфликта, болезненной фиксацией на своем дефекте, легче переносят послеоперационный период, но, несмотря на успешные хирургические вмешательства, двигательная активность их была резко снижена, наблюдались фобии, несамостоятельность. Дети с самообвиняющей направленностью реакций (робкие, неуверенные в своих силах) переносят послеоперационный период хуже, но включались в реабилитационные мероприятия быстрее, были более активны, чем больные из предыдущей группы, поэтому отдаленные результаты оказались лучше. Дети с повышенной активностью в разрешении конфликтных ситуаций, агрессивными установками в послеоперационный период жаловались на боль, требовали пристального внимания к себе, но были значительно активнее, чем дети других групп, у них быстрее формировались новые двигательные стереотипы, что способствовало лучшей социальной адаптации и самостоятельности. Нельзя забывать и о такой проблеме детской инвалидности, как суицид, поскольку подросткам, остро переживающим свою физическую неполноценность, свойственны

аутоагрессивные поступки. В целом, суицидальное поведение детей и подростков характеризуется следующими особенностями: во первых, недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий (они не предусматривают действительной возможности летального исхода, отсутствуют четкие границы между истинным суицидом и шантажно-демонстративным поступком, который тем не менее опасен для жизни); во-вторых, имеется незначительность, несерьезность мотивов самоубийства, что затрудняет профилактику; в-третьих, часто отсутствует зависимость суицидальной попытки от депрессии, которая носит скрытый характер. У детей и подростков с ЦП суицидальные тенденции нередко занимают важное место в клинической картине. Причиной их возникновения могут быть переживание одиночества, чувства отвержения в связи с невозможностью участия в подвижных играх, переживание угрозы утраты родительской любви (рождение второго ребенка, отчим, смерть родителей), недовольство внешностью, особенно при наличии ярко выраженных внешних деформаций (искажение походки, гиперкинезы мышц лица), особенно у девушек. Демонстративное суицидальное поведение с целью наказать родителей, обидчика без стремления покончить с со бой наблюдается у подростков с истероидными и неустойчивыми чертами личности, чему способствует воспитание по типу гиперопеки. Несмотря на "несерьезность" намерений, при отсутствии помощи такое поведение может привести к осуществлению самоубийства. В группу риска входят также лица, которые ранее совершали суицидальные действия. Аффективное суицидальное поведение - суицид на высоте сильного переживания - наблюдается преимущественно у эмоционально-лабильных подростков, чаще с гиперкинетической формой ЦП, и представляется наиболее опасным, т.к. иногда протекает при сужен ном сознании. Наиболее глубокое переживание дефекта наблюдается в подростковом периоде, после окончания школы-интерната и попадания в среду здоровых сверстников. Критическим периодом является и после операционный, поскольку зачастую отсутствует ожидаемый больным быстрый результат, появляются чувство разочарования и безнадежности, особенно при длительном ожидание операции, которое к тому же иногда вызывает нарушение сердечного ритма и ряд других функциональных изменений в организме. Для профилактики суицидов внимание персонала специализированных учреждений должно быть направлено на раннее выявление психогенных реакций, связанных с переживанием чувства собственной не полноценности, суицидальных мыслей, с учетом того, что для большинства таких больных свойственно игнорирование дефекта. Для решения этой задачи рекомендуется выявлять группы риска суицида, организовывать картотеку таких больных, обеспечивать активный патронаж лиц с суицидальными тенденциями участковым детским психиатром, проводить психотерапию, обращать внимание врачей на атипичность депрессии; необходимо скрывать от детского коллектива суицидальные попытки, т.к. детям свойственна повышенная внушаемость, склонность к подражанию. Необходима ранняя профориентация, позволяющая развивать двигательные способности в зависимости от выбранной профессии. Только адекватное и своевременное проведение реабилитационных мероприятий может предотвратить патологическое формирование личности у детей-инвалидов, что будет способствовать более успешной их социальной адаптации.

Социально-психологическое самочувствие ребенка-инвалида определяет динамику, темпы успешной реабилитации и адаптации.

Рекомендации по результатам исследования личностных особенностей детей инвалидов

Исходя из проведенных исследований по изучению личностных особенностей детей с ограниченными возможностями, можно сделать следующие выводы:

1. Самооценка у детей с ограниченными возможностями не занижена, как и у здоровых детей.
2. По мнению детей с ограниченными возможностями, лидерские качества у них развиты также достаточно.
3. Дети с ограниченными возможностями считают свою внешность не менее привлекательной, чем здоровые дети.
4. Уровень общения у детей с ограниченными возможностями, практически такой же, как и здоровых детей.
5. Дети с ограниченными возможностями хорошо осведомлены о своих правах и возможностях.

Наша гипотеза не подтвердилась: Дети с ограниченными возможностями не имеют значительного отличия от здоровых детей, и их личные особенности также не отличаются.

Исходя из полученных выводов, вытекают следующие рекомендации:

1. Развить творческие возможности у детей с ограниченными возможностями.
2. Пробуждение социальной активности, деятельности подростка, который традиционно воспринимался обществом, как больной, нуждающийся в милосердном отношении людей.
3. Воспитать чувство собственного достоинства.
4. Стремление к самоопределению.
5. Формирование способности к выбору жизненной позиции, а не довольствование ролью пассивных потребителей льгот и привилегий, стремление к активному участию в преобразованиях, направленных на улучшение жизни общества.

Профессионально-трудова́я реабилитация

Трудотерапия является одной из основных составляющих реабилитационного процесса.

Главная цель трудотерапии – коррекция физического и психического состояния инвалидов посредством их трудовой деятельности, для приобретения ими независимости и самостоятельности во всех аспектах повседневной жизни.

Задача персонала – формирование у детей положительного отношения к труду, приобретение навыков выполнения работ по той или иной профессии, бережное отношение к результатам труда, преодоление привычки иждивенчества.

Организуя трудовую деятельность детей-инвалидов, их объединяют в бригады, звенья, используя элементы соревнования с подведением итогов работы.

Большое место в деятельности отводится труду по самообслуживанию.

Главным приёмом в руководстве самообслуживанием детей-инвалидов является контроль. Особое внимание обращается на то, чтобы они осознанно пользовались навыками, понимали, что небрежное выполнение трудовых действий по самообслуживанию приводит к плохим последствиям (плохо помыл руки – запачкаешь полотенце или, ещё хуже, заболеешь, не почистил ботинки – они будут иметь неряшливый вид и прослужат гораздо меньше срока).

.

При проведении занятий можно использовать такие приёмы как:

- «*делай, как я*» (с показом и объяснением);
- «*обучение успехом*» (когда даже незначительные достижения получают оценку поощрение: «хорошо», «молодец», «умница»)

Важно убедить детей-инвалидов и показать им на практике, что они делают нужные и полезные вещи, это способствует формированию представлений об общественной значимости труда.

В этих целях необходимо проводить выставки детских работ.

Подводя итог, можно сказать, что помимо основных задач, применение трудовой деятельности позволяет:

- сплотить детей с ограниченными возможностями;
- занять их полезным трудом;

- заинтересовать результатом труда;
- разнообразить жизнь ребят (скрасить быт);
- улучшить самочувствие;

Режим для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии

У детей с отклонениями в развитии обычно наблюдается более низкая работоспособность ЦНС, поэтому они, прежде всего, нуждаются в достаточной продолжительности сна. От 1 года до 3-4 лет ребенок должен спать не менее 14-15 часов в сутки. Надо помнить о больших индивидуальных различиях в работоспособности ЦНС этих детей. Поэтому при отклонениях в развитии, сочетающихся с общей физической ослабленностью, гидроцефалией, эпилептическими припадками, общая продолжительность сна может удлиняться. В этих случаях решать вопрос о продолжительности сна следует только с врачом.

Для детей с отклонениями в развитии крайне важно, чтобы все промежутки дня между кормлениями, сном, гигиеническими и лечебными процедурами, а также специальными занятиями были заняты доступной и интересной для них деятельностью.

Дети с отклонениями в развитии часто отличаются повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям, особенно к болезням верхних дыхательных путей. Они хуже, чем здоровые сверстники, приспосабливаются к изменяющимся условиям внешней среды и прежде всего к температурным и атмосферным изменениям.

При изменении погоды, особенно атмосферного давления самочувствие многих из них ухудшается: они становятся более беспокойными, плаксивыми, раздражительными, жалуются на головные боли, у некоторых из них пропадает аппетит, появляется вялость, сонливость. Поэтому особенно важное значение имеет укрепление их общего здоровья. Одним из таких способов является закаливание организма, которое необходимо начинать с раннего возраста. Выбор способа закаливания зависит от характера заболевания, возраста и индивидуальных особенностей ребенка. Закаливание детей первых лет жизни осуществляется главным образом в процессе повседневного ухода за ребенком. Детей постепенно приучают к длительному пребыванию на свежем воздухе, к умыванию прохладной водой, к ношению облегченной одежды. Как средства закаливания применяются обтирания, обливания.

Солнечные ванны как средство закаливания для детей с ранним органическим поражением ЦНС в первые годы жизни применять не рекомендуется. Это связано с тем, что у многих из них имеется склонность к повышению внутричерепного давления, иногда повышенная судорожная готовность и возбудимость ЦНС.

Для всех детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеют специальные занятия по развитию их моторики, особенно по развитию координации движений, функции равновесия, по коррекции прямостояния, ходьбы, развитие ритма и пространственной организации движений.

У многих детей с отставанием в развитии нарушен ритм выполнения движений. Это особенно часто наблюдается у детей с двигательными и речевыми расстройствами. Поэтому важно научить ребенка согласовывать свои движения с заданным ритмом. Для этого с малышом полезно проводить специальные задания под счет, хлопки, музыку. Выполнение движений в заданном ритме не только улучшает моторику ребенка, но и активизирует его внимание, повышает эмоциональный тонус ребенка, соответствует его речевому развитию.

У детей с отклонениями в развитии обычно недостаточно развиты такие физические качества как ловкость, скорость, сила и выносливость. Поэтому с ними крайне важно выполнять специальные упражнения, формирующие основные двигательные навыки и умения и способствующие развитию физических качеств. К таким упражнениям относятся ходьба, бег, прыжки, лазание, а также различные действия с предметами и игрушками. Малыша важно как можно раньше научить захватывать различные по объему, форме и весу предметы, манипулировать ими, а также узнавать их на ощупь с закрытыми глазами.

Если ребенок вялый, малоподвижный, не стремится к самостоятельной деятельности, его надо постоянно заинтересовывать, стимулировать к игре и двигательной активности, предлагая доступные для него задания. Детям с повышенной отвлекаемостью полезно предлагать задания, требующие организованности и выдержки.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии неразрывно связано с укреплением его здоровья. Прежде всего, следует наладить режим его сна и питания. Не следует приучать ребенка спать на руках у матери. Это допустимо в самых исключительных случаях, например, когда малыш болен. Укладывать ребенка спать следует в одно и то же время. Если у него с большим трудом вырабатывается биологический ритм «сон-бодрствование» и он не спит ночью, а предпочитает спать днем, попробуйте не укладывать его днем. Перед ночным сном с ребенком полезно погулять, поиграть в спокойные, тихие игры; не следует перед сном возбуждать его ласками, дарить новые игрушки, читать новые книжки. Играть лучше в одну и ту же игру или читать хорошо знакомую и любимую им книжку. Взрослый, который укладывает малыша спать, должен быть как можно более спокоен.

Малыша с двигательными нарушениями, особенно с детским церебральным параличом, следует переворачивать во сне с одного бока на другой. Если ребенок спит на животе, его головка должна быть повернута в сторону. Если это не так, необходимо следить, чтобы ночью он не спал на животе.

Если малыш спит больше нормы, не волнуйтесь, помните, что его нервная система очень слабая и нуждается в отдыхе.

Если у ребенка судороги, матери следует быть к нему особенно внимательной во время ночного сна; хорошо, если кто-то из членов семьи спит с малышом в одной комнате.

Некоторые дети с отклонениями в развитии могут, не просыпаясь, кричать по ночам, иногда даже вставать и ходить по комнате.

Если эти состояния довольно регулярны, то есть возникают в одно и то же время после засыпания и особенно если в это время ребенок мочится, родителям обязательно следует посоветоваться с врачами, поскольку в этих случаях может потребоваться специальное лечение.

При кормлении больного ребенка следует обратить внимание на то, как он усваивает различные виды пищи. Некоторые дети, отстающие в психомоторном развитии, могут иметь различные врожденные нарушения обмена веществ, в связи с чем, они не усваивают различные продукты, например, молоко, сахар, белковую пищу. Во всех этих случаях необходимо как можно раньше обратиться к врачу и строго придерживаться назначенной им диеты.

Оценка речевых трудностей психоречевого развития у детей раннего возраста

Первые элементы речевого развития возникают в период новорожденности и проявляются в виде реакций, неотделимых от жизненно важных физиологических функций. Начальным проявлением голосовых реакций является крик, который обычно неотделим от жизненно важных физиологических функций ребенка. Если новорожденный и ребенок первых месяцев жизни не кричит, даже когда он очень голоден, когда у него имеется задержка стула или когда он мокрый и лежит долго в мокрых пеленках, если его не удастся разбудить, это может иметь место при выраженной общей заторможенности, апатии. Состояния заторможенности, апатии в период новорожденности характерны для глубоко недоношенных, незрелых детей. В некоторых случаях это может указывать на задержку психомоторного развития.

У гиперактивного ребенка часто бывает трудно вызвать положительные эмоции, он часто кричит. Повышенная возбудимость характерна для детей с повышенным внутричерепным давлением. Период новорожденности условно относят к периоду доречевого развития, во время которого ребенок произносит звуки, называемые «голосовыми реакциями», к которым относят также кашель, чихание, звуки при сосании, зевании. При мышечной слабости артикуляционной и дыхательной мускулатуры крик ребенка короткий, слабый, высокого тона, часто только по мимическим реакциям можно догадаться, что ребенок плачет. При крике может отсутствовать преобладание второй фазы, иногда изменяются и сами звуки, произносимые при крике.

Реакции на общение с взрослым начинают возникать в 2-3 месяца. Оценка эмоциональных голосовых реакций и комплекса оживления имеет важное диагностическое значение. Своевременное появление и достаточная выраженность комплекса оживления указывают на хорошее нервно-психическое развитие. К концу второго месяца жизни слуховые реакции приобретают доминантный характер, ребенок активно реагирует на звуковые стимуляции. Отсутствие или слабость слуховых реакций обычно обусловлены снижением слуха. Считается, что второе полугодие жизни является качественно новым этапом психического развития ребенка. Во втором полугодии малыш начинает сопровождать свои действия лепетом, состоящим из повторяемых слов, а к концу года появляется лепетная речь, лепетное говорение – целые тирады, интонационно оформленные как речевые высказывания, но состоящие из лепетных слов.

После того как ребенок преодолел ориентировочную реакцию и вступил в игровой контакт с взрослым, в ответ на разговор с ним он начинает произносить цепочки слогов («ба-ба-ба», «ма-ма-ма» и т. п.). Если взрослый подхватывает произносимые ребенком цепочки слогов, начинает отвечать ему тем же, голосовая активность ребенка усиливается, появляется радостное оживление, ребенок начинает фиксировать взгляд на артикуляции взрослого и старается подражать и ему и самому себе. Таким путем у ребенка развивается лепет. Время закономерного появления лепета 6-7 мес., к 9 мес. он расцветает, обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое общение взрослого, ребенок начинает демонстрировать истинное ситуационное понимание обращенной речи, отвечая действием на словесную инструкцию: например поднимает голову и глаза к лампе на неоднократно ранее повторяемый вопрос «где огонек?», прижимается щекой к матери на инструкцию «поцелуй маму» и т. п. Понимание ситуации и стремление к подражанию позволяет 9-месячному ребенку обучиться игре «в ладушки», искать спрятанную у него на глазах игрушку.

Начиная с 9 месяцев, дети с нормальным слухом и интеллектом адекватно реагируют на обращение, речь, ее интонацию, откликаются на свое имя, отвечают действием на некоторые привычные просьбы типа: «дай ручку», «открой рот», «иди к маме» и др. К концу этого периода при слове «нельзя» большинство детей перестает тянуться к какому-либо предмету, т.е. действия ребенка начинают более отчетливо подчиняться словесным командам, что свидетельствует о начале формирования функции речи.

Нарушения реакций на обращенную речь могут проявляться бедностью звуковых комплексов, недостаточностью их эмоциональной окраски, отсутствием стремления к подражанию, невыполнением ситуационных команд. Специфика этих патологических реакций определяется причинным фактором. Так, ребенок может не выполнять отдельные ситуационные команды за счет снижения слуха, задержки психического развития, нарушений общения, педагогической запущенности. Бедность звуковых комплексов может быть связана с нарушениями иннервации артикуляционной мускулатуры, снижением слуха.

На этом возрастном этапе более отчетливо могут быть выявлены следующие неврологические заболевания и отклонения в развитии: детский церебральный паралич, синдромальные формы умственной отсталости, не резко выраженные дефекты слуха.

В возрасте 9-12 месяцев отличительной особенностью является появление нового типа общения с взрослым – предметно-действенного. Контакт с ребенком устанавливается и поддерживается с помощью ярких предметов и игрушек, которыми ребенок активно манипулирует. При этом у него, хотя и начинает проявляться избирательное отношение к различным предметам, всегда отчетливо выражена реакция на новизну. Характерной особенностью этого этапа развития является то, что активная ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка начинает подавлять реакцию страха на новые раздражители.

Комплекс оживления при нормальном психическом развитии закономерно угасает. Поэтому его выраженность даже у недоношенного и ослабленного ребенка является одним из признаков отставания психического развития. При оценке речевых трудностей у детей раннего возраста важно соотносить степень отставания с возрастом ребенка.

К концу первого года у ребенка обычно появляется первое слово.

В норме годовалый ребенок понимает значение многих слов, к полутора годам он может показать некоторые части тела, выполнять простые инструкции. Родителям следует помнить, что дефицит эмоциональных контактов может быть одной из причин отставания ребенка в речевом развитии.

Для диагностики психического развития ребенка на этом возрастном этапе важное значение имеет комплексная оценка эмоциональных реакций. При отставании в психическом развитии у ребенка отсутствует адекватная реакция на незнакомого человека, нет интереса к игрушкам, слабо выражена реакция на новизну, имеет место недостаточность познавательных и дифференцированных эмоций. Мимика таких детей однообразна, улыбка носит подражательный характер и возникает в ответ на любое улыбающееся лицо взрослого, у них может наблюдаться недифференцированный комплекс оживления и автоматическое зрительное прослеживание.

К году ребенок начинает понимать простую обиходную речь. Однако необходимо отметить, что указанные функции развиваются у ребенка не спонтанно, а лишь в процессе постоянного взаимодействия с взрослым, их развитие ускоряется в процессе специально организованного развивающего воспитания. Поэтому они могут отсутствовать при педагогической запущенности.

Наряду с оценкой понимания речи следует обратить внимание и на произносимые ребенком звуки. На начальном этапе этой стадии речевого развития имеет место активный лепет, состоящий из 5-6 слогов. Ребенок эхоталочно повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звукосочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

К году у ребенка начинает формироваться игровой контакт с взрослыми, и прежде всего с матерью. Общение осуществляется с помощью жестов и голосовых реакций. Голосовые реакции проявляются в виде лепета, который характеризуется разнообразием звуковых сочетаний интонационно-мелодической имитацией фразы. В условиях патологии лепет малоактивный, интонационно невыразительный. К 10 месяцам ребенок начинает голосом сигнализировать о биологических нуждах, развивается игровой контакт с взрослым. Следует обратиться к специалисту, если игровой контакт кратковременный или отсутствует вовсе при эмоциональных реакциях. Особенно следует обратить внимание, если ребенок в общении мало активен или не подражает жестам, или эмоциональные реакции слабо выражены.

К году следует обратиться к специалисту в следующих случаях: ребенок продолжает общаться с окружающими с помощью жестов или не общается вообще, он не подчиняется словесной инструкции, говорит только несколько лепетных слов или не говорит вообще. Особое беспокойство вызывает отсутствие лепетных слов, особенно если это сочетается с отсутствием реакции на речевое общение или крайне низким интересом к окружающему и/или непониманием обращенной речи. Такой ребенок должен быть обследован у психоневролога.

Если у ребенка отставание в развитии речи проявляется на стадии называния предметов, также необходима специальная логопедическая работа.

Логопедическая помощь также необходима, если ребенок «сюсюкает, как маленький», если у него задерживается развитие связной речи, если он проявляет речевой негативизм и по мере развития речи начинают возникать запинки.

Основная задача педагога и родителя: воспитание сенсорных функций, закрепление связи между словом, предметом и действием. Ребенка учат называть предметы, объясняют их назначение, знакомят с новыми, стимулируют активность и познавательный интерес.

Ранняя стимуляция доречевого и раннего речевого развития

Важное значение в программах домашнего обучения имеет ранняя стимуляция доречевого и начального речевого развития. Она проводится поэтапно.

На первом этапе (для нормально развивающегося ребенка от 1 месяца до 3) проводится тактильная стимуляция губ, развитие слухового внимания, стимуляция гуления.

На втором (4-8 месяцев) – гимнастика губ: сближают губы вместе и растягивают их в стороны, пока не почувствуют сопротивление. Собирают губы в морщинки, пока ребенок не начнет сопротивляться этим движениям. Побуждают ребенка губами тянуться к соске, пище. Стимулируют движения языка путем надавливания на его кончик ложкой в момент кормления. Делают это очень осторожно, чтобы не вызвать рвотный рефлекс. Стимулируют движения языка при помощи шпателя с вареньем. Побуждают жевание: держат пальцы под подбородком, когда ребенок пытается жевать, пассивно помогая ему в этом, подталкивая нижнюю челюсть вверх и вниз. Стимулируют слуховое внимание.

На третьем этапе (9-18 месяцев) – стимулируют и развивают жевание: помещают кусочки пищи между челюстями и пассивно воспроизводят схему жевания.

На четвертом этапе (18—36 месяцев) продолжают развивать локализацию звука в пространстве, моторную сторону речи, стимулируя ребенка к повторению слов по подражанию, развивают словарный запас, интонационную сторону речи, расширяют словарный запас, стимулируют развитие речи.

Таким образом, основными задачами родителей является: развитие подражания и воспитание у ребенка соблюдения очередности.

С этой целью могут быть использованы такие традиционные игры как «Ладушки», «Поехали, поехали с орехами» и другие. В процессе игры с ребенком говорите за разных зверюшек, имитируйте звуки, произносимые ими: «гав—гав», «мяу—мяу», «ква –ква » и т. п. Старайтесь, чтобы ребенок заражался обстановкой взаимодействия и повтором за вами. Создавайте игровые ситуации, в которых малышу захочется повторять звукосочетания. Играйте в прятки: ку-ку; с водой: кап-кап; в поездку на машине: би-би; на лошадке: но-но. Учите ребенка слушать стихотворения, песни и отхлопывать ритм. Помните, что речевое развитие нельзя считать полноценным, пока словарь ребенка включает только слова-названия предметов. Чтобы ребенок научился строить высказывания, необходимо целенаправленно учить его словам-действиям.

Как организовать занятие с малышом

Дети учатся постоянно, и этот процесс можно определить как сочетание спонтанного (самостоятельного наблюдения и исследования окружающего мира) и организованного обучения. Для спонтанного обучения малыша с особенностями развития совсем несложно создать условия: это максимальное включение малыша в жизнь семьи, оказание ему помощи при передвижении в пространстве и сопровождение понятными комментариями практически всех моментов повседневной жизни. Специальные занятия должны быть организованы в течение дня (1—2 занятия по 10—15 минут). Родителям нужно определить, чему уделить внимание, подобрать необходимые игрушки и пособия, определить время максимальной активности ребёнка. Занятия должны проходить только в форме игры, интересной для ребёнка. Ребёнку недостаточно только показать, как пользоваться игрушкой, о ней нужно рассказать, описать, какая она: мягкая или твёрдая, большая или маленькая.

Это очень важно! Чтобы расти и развиваться, ему необходима поддержка со стороны родителей: подбодрить его взглядом, улыбкой, самим своим присутствием.

Игра для ребёнка — это исследовательская деятельность в полном смысле этого слова, так как малыш в процессе игры получает представление об окружающем мире, знакомится с разными предметами. И все самые лучшие игры уже придуманы.

В игру можно превратить любое занятие, любую процедуру по уходу за ребёнком. Чем больше любви и внимания, тем благоприятнее условия для развития маленького человечка.

Обучение игре

Как правило, дети с недостатками развития не умеют играть. У них не возникает замысла игровой деятельности, в лучшем случае они переставляют игрушки с места на место, бессмысленно манипулируя ими. Проявить живой интерес к чему-либо, воссоздать несложную жизненную ситуацию они не могут. Ваша задача – научить ребенка играть.

Игра важна не только потому, что ребенок интересно проводит свободное время. В процессе игровой деятельности происходит коррекция психических функций ребенка (внимания, памяти, мышления и т.д.), развивается его эмоционально-волевая сфера.

Какими бы ни были размеры вашей квартиры, обязательно отведите ребенку специальный уголок, где на коврик расставьте игрушечные мебель, разложите посуду, предметы быта, одежду и т. д. Чтобы привлечь внимание малыша, подберите яркие, красочные предметы. Играя вместе с ним, вы заметите, что у него возникает желание высказаться, проявить чувства. Поддержите его желания и инициативу. Например, медвежонок вывалился из машины – его надо пожалеть, приласкать; лошадка долго скакала – ее необходимо

напоить водой, накормить. В течение дня как можно больше времени играйте с ребенком, периодически меняйте игрушки, чтобы поддерживать к ним интерес.

Приучайте ребенка бережно относиться к игрушкам, содержать их в порядке, убирать на место. Когда он еще слишком мал, убирайте игрушки сами, а малыш пусть их подает. Со временем ребенок все будет делать сам, но под вашим контролем и руководством. И наконец, когда вы научите его всему необходимому, он справится с заданием самостоятельно.

Если ребенок знаком с хозяйственно-бытовым трудом членов семьи, его заинтересует игра «Кому что нужно?». Предложите подобрать картинки с изображением тех предметов, которые потребуются матери для приготовления обеда (продукты, кухонная посуда, мясорубка), отцу в работе по дому (молоток, пила, гвозди), бабушке при вязании (спицы, моток шерсти) и т.д.

В игровой форме вам будет проще познакомить ребенка с цветом, формой, величиной предметов, привить навыки пространственной ориентировки. Если вы знакомите малыша с цветом предметов, то попросите его сначала разложить предметы на две группы и объясните значения слов «цвет», «такой же», «разные». Материалом послужат цветные палочки или карандаши: красный – синий, желтый – зеленый, синий – белый и т.д.

У ребенка может вызвать интерес раскладывание палочек двух цветов в разные стороны. Сначала покажите малышу, как это делается, не забывая одновременно спрашивать, куда положить предмет того или иного цвета. Например, вы показываете ребенку желтую палочку и спрашиваете его: «Где лежит палочка такого же цвета? Куда ее положить?» Ребенок отвечает или чаще всего указывает жестом. Вы кладете желтую палочку рядом с желтыми и поясняете, что они одинаковые. Так раскладываются несколько пар палочек. Далее ребенок, по возможности самостоятельно, показывает, куда надо положить палочки.

Помните, что занятия по ознакомлению с цветом следует проводить при естественном освещении. Пособия размещайте на белом фоне. Если вы используете карандаши, то лучше, чтобы они были незаточенными. Желательно, чтобы ребенок научился группировать карандаши (палочки) двух цветов. Если малыш не может выполнить задание, то вместе с ним раскладывайте карандаши и палочки.

Как правило, дети с недостатками развития неуклюжи, поэтому в режиме дня отведите определенное время подвижным играм. Приучайте ребенка лазать, бегать, ходить по выложенным на полу из веревок квадрату, кругу, различным линиям. Такие занятия помогут координации движений, восстановят нормальную походку. Научите малыша бросать мяч, доставать различные вещи, находящиеся в труднодоступных местах (встать на стул и достать со шкафа куклу). Постепенно, по мере развития ребенка, игры усложняйте, увеличивая расстояния пробега, число играющих.

Ребенок с ограниченными возможностями, как и любой другой, нуждается в контактах со сверстниками. Если в семье есть еще дети, это, как правило, благоприятно отражается на малыше, он легче общается с окружающими. Если у него братьев и сестер нет, то он нередко лишается детского общества. В этом случае познакомьте сына или дочь со здоровым ребенком младшего возраста и постарайтесь организовать их совместную игру. Старайтесь вовлечь его в игру с другими детьми.

Как сделать развивающие занятия наиболее эффективными

Многие родители, занимаясь с ребенком, допускают ряд ошибок, которые могут свести на нет все усилия. Ниже описаны ошибки, которые, возможно, мешают вам и вашему ребенку достигнуть тех результатов, которых вы так ждете.

«Неправильно!»

Например, ребенок сортирует фигуры по форме и цвету, он берет зеленый кубик и кладет его к красным. Какой будет ваша реакция?

Что говорят родители: «Нет!», «Не правильно!», «Не сюда!».

К чему это приводит: ребенок теряет интерес, прекращает деятельность, сам не ищет правильного решения, а ждет его от взрослого, не формируется самостоятельность мышления и критичность к своей деятельности.

Что можно сделать: взять зеленый кубик, поднести его к другим зеленым и сказать: «Этот кубик зеленый, положим его к этим кубикам, они зеленые», взять красные кубики: «Это красные». Дать ребенку зеленый кубик, который вы держали в руках: «Куда его положить?» - если ребенок теряет интерес – показать правильное направление (другой зеленый кубик). Если, например, ребенок складывает разрезную картинку и 2 детали лежат верно, а 2 – нет, можно сказать: «вот эти две ты положил правильно», затем просто отодвинуть от них 2 неправильно лежащие и сказать: «Подумай, как их можно положить».

Давайте обратную связь: «ты положил зеленый кубик к красным, куда его нужно положить?»

Можно спросить ребенка: «Ты правильно сделал?», «Подумай хорошенько, правильно ли ты положил эту деталь».

Что в результате: 1) обращайте внимание на то, что сделано верно; 2) избегайте критических замечаний: если вы их делаете, то ребенку может быть тяжело понять сложную конструкцию: «это

неправильно, правильно вот это»; 3) вместо осуждения, говорите, что нужно сделать и показывайте ребенку правильный способ решения задачи («Нужно сделать вот так»).

«Вот как надо было сделать!»

Ребенок не может справиться с заданием: разложить по размеру фигурки, определить последовательность событий на картинках, самостоятельно одеться и т.п.

Что делают родители: родитель может потерять терпение или захотеть помочь ребенку и в результате делает всё за него.

К чему это приводит: ребенок не приобретает необходимый навык, не учится самостоятельности, начинает манипулировать взрослыми, побуждая их делать всё за него.

Что можно сделать: дайте только минимальную подсказку (например: если ребенок не может определить последовательность событий, обсудите с ним каждую картинку по отдельности, при помощи вопросов («что случилось со снеговиком?», «почему он растаял?») обратите внимание ребенка на те детали картинок, которые помогут ему верно сделать задание. Если вы показываете способ действия, то объясняйте, что вы делаете, а потом обязательно дайте ему выполнить задание самостоятельно (например, вы показали как сложить мозаику, конструкцию из кубиков – разберите или дайте ему такой же материал и попросите ребенка сделать как вы).

Что в результате: меняем подход «вот как надо было сделать» на «делай как я», либо вовсе ограничиваемся небольшими подсказками и наводящими вопросами - ребенок будет учиться думать самостоятельно, не будет нуждаться в постоянной помощи взрослого.

«Молчаливое присутствие»

Ребенок играет в развивающие игры, выполняет задание.

Что делают родители: сидит рядом и тихо наблюдает, включаясь в работу только, если у ребенка что-то не получается.

К чему это приводит: занятие становится менее эффективным.

Что можно сделать:

Описание деятельности является мощным фактором, способствующим ее закреплению, обеспечивает развитие речевой экспрессии, обогащению словарного запаса («ты кладешь игрушки на стол», «это красный кубик», «ты рисуешь круг»). Комментируйте то, что делает ребенок: не упускайте возможности повторить цвета, формы, пространственные отношения (вверху, внизу, спереди, сзади), понятия большой-маленький, домашние-дикие животные и их голоса, фрукты-овощи и т.п.

1. Отражение - это более развернутое повторение того, что ребенок только что произнес (ребенок: «упало», родитель: «да, баиня упала и кубики рассыпались»; ребенок: «синий», родитель: «да, это синий кубик»). Отражения учат ребенка понимать и принимать то, что он говорит, способствуют развитию его речи.

2. Похвала. Может быть связана или не связана с обозначением конкретных действий (молодец!, здорово!, ты - хорошая девочка, ты - хороший мальчик, посадил дядю в машину, как удобно ты устроился за столом!). Дети часто радуются тому, что у них получилось сложное задание – эмоционально поддержите ребенка («ура! у тебя получилось!», «молодец, справился с таким сложным заданием!»).

Рекомендации педагога-психолога по работе с детьми – инвалидами

Многие из детей с ограниченными возможностями с самого рождения имеют длительный опыт эмоциональной травматизации. У них имеются разнообразные по степени тяжести эмоциональные нарушения, связанные с переживанием страха, тревоги, физической боли, что негативно сказывается на их поведении. Такое состояние может длиться годами и настолько затрудняет жизнедеятельность ребёнка, что значительно ограничивает возможности общения, снижает активность деятельности, патологически влияет на формирование личности.

Поэтому для педагога-психолога школы определяющим фактором в работе с такими детьми, на наш взгляд, должно стать восстановление эмоционального контакта и налаживание доверительных отношений. Ребёнок не должен чувствовать себя объектом деятельности взрослых. Он должен стать полноправным субъектом, соучастником тех или иных мероприятий. Это подразумевает ряд рекомендаций, которые необходимо учитывать при конструировании взаимоотношений с таким ребёнком.

- создавать атмосферу доверительного общения для того, чтобы ребёнок мог совершенно свободно выражать любые проблемы и чувствовать себя причастным к происходящим с ним событиям;
- уметь внимательно слушать и анализировать рассказ ребёнка о событиях своей жизни;

- чутко реагировать на малейшие изменения в поведении, не преуменьшать и не преувеличивать опасности, связанной с возникающими изменениями;
- владеть различными технологиями реабилитации;
- формировать социально-психологическую среду с наименьшими ограничениями, используя весь комплекс компенсирующих условий.

Реабилитация носит социальный характер, так как её реализация происходит в конкретных социальных условиях и направлена на достижение социального уровня активности личности. Применительно к ребёнку-инвалиду его социальная активность может достаточно полно выражаться в творческой деятельности. Творчество есть благодатная почва для самореализации, самостоятельности, активности, уверенности в собственных силах, адекватной самооценки больного ребёнка.

- регулировать индивидуальное поведение, соотносить его с групповым и коллективным поведением;
- успешно адаптировать ребёнка-инвалида в социокультурном пространстве через принятие нравственно-ценностных норм;

Рекомендации родителям, имеющим детей-инвалидов:

- Примите ситуацию как данность, смиритесь с нею, не думайте о том, как и почему это случилось, размышляйте о том, как с этим дальше жить. Помните, что все ваши страхи и «черные мысли» ребенок чувствует на интуитивном уровне. Поэтому если вы не хотите, чтобы ваш ребенок рос нервным, издерганным, мрачным, постарайтесь найти в себе силы с оптимизмом смотреть в будущее.
- Никогда не жалеете ребёнка из-за того, что он не такой, как все.
- Дарите ребёнку свою любовь и внимание, но не забывайте, что есть и другие члены семьи, которые в них тоже нуждаются. Стремитесь к тому, чтобы у всех членов семьи была возможность саморазвития и полноценной жизни.
- Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя "жертвой", отказываясь от своей личной жизни. v Не ограждайте ребёнка от обязанностей и проблем. Если состояние ребенка позволяет, придумайте ему простенькие домашние обязанности, постарайтесь научить ребенка заботиться о других. Решайте все дела вместе с ним.
- Предоставьте ребёнку самостоятельность в действиях и принятии решений. Стимулируйте его приспособительную активность; помогайте в поиске своих скрытых возможностей. Развивайте умения и навыки по самообслуживанию
- Следите за своей внешностью и поведением. Ребёнок должен гордиться вами. v Не бойтесь отказать ребёнку в чём-либо, если считаете его требования чрезмерными. Однако проанализируйте количество запретов, с которыми сталкивается ваш ребенок. Продумайте, все ли они обоснованы, нет ли возможности сократить ограничения, лишней раз проконсультируйтесь с врачом или психологом.
- Чаще разговаривайте с ребёнком. Помните, что ни телевизор, ни радио не заменят вас.
- Не ограничивайте ребёнка в общении со сверстниками.
- Не отказывайтесь от встречи с друзьями, приглашайте их в гости. Пусть в вашей жизни найдется место и высоким чувствам, и маленьким радостям.
- Чаще прибегайте к советам педагогов и психологов. Каждое определенное заболевание ребенка – инвалида требует специфического ухода, а также специальных знаний и умений. v Больше читайте, и не только специальную литературу, но и художественную.
- Общайтесь с семьями, где есть дети-инвалиды. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой. Это важно не только для вас, но и для ребенка, которому вы можете оказать услугу на всю жизнь, найдя для него друзей или (что очень часто бывает) спутника жизни.
- Не изводите себя упреками. В этом случае велика вероятность того, что ребенок вырастет психологическим монстром, а это неизбежно усилит его социальную дезадаптацию и усугубит страдания. В том, что у вас больной ребёнок, вы не виноваты.
- Помните, что будущее вашего ребенка во многом зависит от того, насколько он социализирован, адаптирован в обществе. Делайте все возможное, чтобы он привык находиться среди людей и при этом не концентрироваться на себе, умел и любил общаться, мог попросить о помощи.
- Старайтесь чувствовать себя спокойно и уверенно с ребенком – инвалидом на людях. Доброжелательно реагируйте на проявления интереса со стороны посторонних, не отталкивайте их

от себя жалобами, раздражением, проявлением озлобления. Если ребенок переймет от вас подобный стиль общения с окружающими, его шансы найти себе друзей резко возрастут. Постарайтесь научить ребенка быть самим собой – и дома, и на людях. Чем раньше ребенок начнет общаться с другими детьми, тем больше шансов, что он сможет вести себя как «обыкновенный».

Физическое воспитание детей-инвалидов

Физическая культура – это особая и самостоятельная область культуры, которая приобретает ряд специфических черт в приложении к инвалидам различных групп, занимающихся физическими упражнениями и массовым спортом.

Обеспечивая развитие двигательного аппарата, укрепляя здоровье, повышает работоспособность организма, физическое воспитание способствует выживанию и преодолению множества отклонений.

Поскольку именно движение осуществляет непосредственно ту связь ребенка с окружающим миром, которая лежит в основе развития его психических процессов и организма в целом.

Физическая культура имеет большие возможности для коррекции и совершенствования моторики индивида. Большое число физических упражнений и вариантность их выполнения позволяет производить отбор целесообразных сочетаний для каждого отдельного случая. Это обуславливает преимущество средств физического воспитания перед восстановительной трудотерапией.

Инвалидность сопряжена не только с потерей трудоспособности, но и с ограничением двигательной деятельности. В связи с этим данная категория людей находится в вынужденных условиях дефицита двигательной активности.

Основными причинами недостаточного развития физической культуры и спорта инвалидов являются: незрелость общественного мнения «равной личности», практическое отсутствие специализированных спортивных сооружений, оборудования и инвентаря, нерешенность проблем инвалидов в архитектурно-строительном комплексе, в том числе сложность перемещения по дорогам и в транспорте; отсутствие профессиональных организаторов и тренеров со специальной подготовкой; отсутствие целевого финансирования на проведение физкультурно-оздоровительной работы; низкая мотивация самих инвалидов к самосовершенствованию, к воспитанию характера и самодисциплины.

Физическая культура и спорт для этой группы населения могут выступать как эффективное средство реабилитации и социальной адаптации. Для инвалидов занятие физической культурой и спортом выступают как фактор улучшения самочувствия, повышения уровня здоровья и уровня физической подготовленности, удовлетворение потребности в общении, расширении круга знакомств, самореализации при занятии спортом.

Реализация физкультурно-оздоровительных программ приводит к расширению возможностей двигательных действий инвалидов, позволяет им повысить свои физические кондиции, включиться в общепользовательный труд. Помимо этого прямого эффекта занятия физической культурой и спортом имеют большое социально-психологическое значение. В настоящее время среди инвалидов высок процент людей, склонных к депрессии и суициду; что вызвано изолированностью этой группы людей от социальной жизни. Путем привлечения наибольшего количества инвалидов в физкультурно-оздоровительную и спортивную деятельность возможно существенно снизить количество суицидов в этой социальной группе. Далее продолжительность жизни инвалидов в нашей стране значительно ниже продолжительности жизни инвалидов в других странах мира. Вовлечение инвалидов в физкультурно-оздоровительные занятия будет способствовать улучшению показателей по этому признаку.

Педагогическая помощь в организации физического воспитания ребенка-инвалида

Организация педагогической помощи родителя ребенка-инвалида достигается в следующих формах работы с родителями:

- телефон доверия;
- психологические тренинги; индивидуальные и семейные консультации;
- семейная психотерапия; семейные встречи; практикумы; лекционная работа.

Психолого-педагогическая помощь родителям включает в себя: диагностику семьи и семейного воспитания; показ условий оптимального развития ребенка с помощью системы наблюдения; повышение педагогической культуры и воспитательной активности родителей.

Целью педагогической помощи родителям является эмоционально-психологический настрой детей и родителей; удовлетворенность детей и родителей конкретными мероприятиями; массовость участия и качество подготовки конкретных мероприятий; качество диагностики (педагогический мониторинг с детьми и родителями); готовность к сотрудничеству и поддержке, стремление внести личный вклад в общее дело.

Одной из основных задач педагогической помощи родителям ребенка-инвалида является активизация участия семьи и самого ребенка в реабилитационном процессе и обеспечения для этого необходимых условий. Активизация заключается в формировании заинтересованности и активности в направленном самопроявлении ребенка в семье.

Большая роль в активизации ребенка в реабилитационной работе принадлежит организации физического воспитания ребенка в семье посредством индивидуальных и групповых игр.

В воспитании ребенка с ограниченными возможностями игра выполняется средствами активизации, так как играя ребенок развивается в физическом, психическом и социальном направлениях.

Игры, как средство реабилитации подразделяются на:

а) Игры, развивающие двигательные навыки:

- мелкую моторику (лепка, конструкторы, рисование и др.);
- крупную моторику (игры с мячом, спортивные игры).

б) Игры, развивающие умственные способности ребенка:

- логические (головоломки, логические игры, шарады и пр.);
- речевые (подражание звукам животных, предметов);
- стимулирующие развитие слуха (занятие ритмикой, музыкальными игрушками, прослушивание музыки);
- стимулирующие развитие зрения (рисование, аппликация и т.д.);
- развивающие конструктивные навыки (занятия с конструктором, мозаикой и пр.).

Учитывая психологию ребенка, педагогу и родителям в интересах мотивации его деятельности необходимо организовать игру с яркими, привлекательными игрушками. В игровой деятельности следует постепенно усложнять сюжет и правила игры. Важно развить и закрепить каждый элемент совместных действий, удачного проявления подражания, любую попытку коммуникации со стороны ребенка. Сами по себе игровые приемы, навыки и качества у ребенка не возникают, их надо целенаправленно формировать. И это смогут сделать только мудрые, веселые остроумные взрослые (воспитатели, родители), которые становятся первыми и самыми лучшими партнерами по играм и максимально подготавливают ребенка к совместной игре с другими детьми. Существуют различные подходы и классификации игр, в зависимости от основания. В частности, выделяют:

- функциональные игры, выполняющие определенные функции: развивающие, обучающие, коррекционные и пр.;
- дидактические игры, направленные на решение обучающих задач, стимулирующих познавательную деятельность; закрепляющие определенные умения и пр.;
- специальные игры, имеющие определенное назначение: спортивные, познавательные, конструирование, досуговые.

Для включения детей в игровую деятельность необходимо учитывать психологические особенности их возраста. Они диктуют важность учета, какие использовать игры и игрушки в реабилитационной работе.

Если исходить из того, что реабилитация – это прежде всего воспитание, в процессе которого ребенок или подросток получает то, чего он был лишен в семье, то само воспитание, в его глубинной сути, представляется ничем иным, а в конечном счете – самоидентификация личности в культурном пространстве.

Подготовка ребенка с ограниченными возможностями к самостоятельной трудовой жизни

Семья – основной фактор адаптации и реабилитации детей-инвалидов. Выделяются следующие воспитательные функции семьи:

- 1) Влияние семьи на ребенка сильнее всех других воспитательных воздействий. С возрастом оно ослабевает, но никогда не утрачивается полностью.
- 2) В семье формируются те качества, которые нигде, как в семье сформированы быть не могут.
- 3) Семья осуществляет социализацию личности, является концентрированным выражением ее усилий по физическому, моральному и трудовому воспитанию. Из семьи выходят члены общества: какая семья – такое и общество.
- 4) Семья обеспечивает преемственность традиций.
- 5) Важнейшей социальной функцией семьи является воспитание гражданина, патриота, будущего семьянина, законопослушного члена общества.
- 6) Существенное влияние оказывает семья на выбор профессии.

Дети являются «зеркальным» отражением своих родителей. И, если семьи со здоровыми детьми социально и экономически активны, т.е. родители имеют возможность работать, то в семье с ребенком-инвалидом все по-иному.

Основное бремя заботы о детях с ограниченными возможностями ложится на семьи, поэтому для успешной адаптации им необходима поддержка общества и государства. Масштабное вовлечение членов семей в процессы ухода за детьми-инвалидами связано с несформированностью социальной инфраструктуры обслуживания людей с ограниченными возможностями здоровья, неналаженностью практики социального патронажа и педагогического сопровождения, несовершенством системы специального образования для инвалидов. Лечение, уход, обучение и реабилитация детей с ограниченными возможностями происходят при непосредственном участии родственников и предполагают большие затраты времени. В такой ситуации речь идет уже не только об адаптации ребенка-инвалида, а об адаптации целой семьи, в которой он живет.

Реабилитация и адаптация должна осуществляться с учетом таких факторов, как демографический состав семей, возраст и реабилитационный потенциал детей с ограниченными возможностями. Адаптационные возможности семьи с детьми-инвалидами зависят от 3-х групп факторов:

I группа – социально-демографические факторы, оказывающие влияние на адаптацию семей. В этой группе факторов учитывается неполнота семьи, наличие в семье других инвалидов.

II группа – адаптационный потенциал родителей, который включает возрастные и образовательные характеристики.

III группа – возраст и реабилитационный потенциал детей с ограниченными возможностями.

Реабилитационный потенциал характеризует степень способности инвалида к взаимодействию с социальной средой, а также комплекс его биологических и психологических характеристик. При установлении реабилитационного потенциала учитываются также социально-средовые факторы, позволяющие в той или иной степени реализовать потенциальные возможности ребенка. Реабилитационный потенциал разделяется на 3 уровня: высокий, удовлетворительный и низкий. Медицинская оценка уровня реабилитационного потенциала основывается на показателях ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов и степени их выраженности. Трактовка показателя реабилитационного потенциала и его использование могут быть более широкими, если учитывать его роль в процессах социально-экономической адаптации семей. Возраст и реабилитационный потенциал ребенка-инвалида определяют потребность в продолжительном уходе и в помощи при обучении.

Двигательное развитие ребёнка-инвалида

Игры на развитие крупной моторики

Игра «Кошечка крадётся»

Взрослый становится на четвереньки и ползает по полу, приглашая ребёнка сделать то же самое, приговаривая:

Котик по двору идёт,
Ищет мышек Васька-кот.

Тихо мышка сидит,

На кота она глядит,

На кота она глядит.

Ползание можно усложнить переползанием
через препятствие (диванную подушку).

Игра «Домик»

Ребёнок сидит в большой коробке, с каждой стороны которой вырезаны окошечки. Взрослый зовёт малыша по имени и предлагает взять игрушку через «окошко» с каждой стороны коробки. Обязательно приговаривая, например: «Алёша, посмотри, кто к тебе в гости пришёл! Собачка! Ав-ав!»

Игра «Крокодилычки»

Взрослый берёт ребёнка за ноги, поддерживая его руками под коленями (ребёнок находится в положении вниз головой). Пусть он сделает несколько шагов на руках. Если ребёнок затрудняется, поддерживайте его в области таза. Стимулируйте движения впереди стоящей игрушкой.

Игра «Дотянись до игрушки»

Взрослый на верёвочке развешивает 2—3 игрушки на большом расстоянии друг от друга и предлагает ребёнку достать их. Аналогично можно провести игру, разложив игрушки на стульях, на диване.

Игра «Поздоровайся с мишкой»

Взрослый «обозначает» дорожку (лучше всего по обеим сторонам разложить подушки, чтобы ребёнок не сворачивал ни влево, ни вправо). В конце дорожки положить игрушку — мишку.

Игра «Всё дальше и выше»

Сначала взрослый предлагает ребёнку игру с воздушным шариком, затем берёт лёгкий мяч.

Я кидаю высоко,

Я кидаю далеко.

Игра «По маленькой дорожке, по большой дороге»

Взрослый предлагает ребёнку пройти по доске (по длинной — «большой», по короткой — «маленькой») и приговаривает:

По большой дороге идут наши ноги.

По маленькой дорожке идут наши ножки.

Аналогично можно провести игру, взяв клеёнку («гладкая дорожка») и специальный коврик с шипами («шершавая дорожка»). Это можно заменить и специально сшитой дорожкой с разными наполнителями (гречка, поролоновые шарики и тому подобным):

По гладенькой дорожке

Шагают наши ножки:

Раз, два, три, четыре.

По шершавой дороге

Шагают наши ноги:

Раз, два, три, четыре.

Пусть ребёнок потрогает «шершавую» дорожку из разных материалов.

Катя, Катя маленькая,
Катенька удаленька,
Пройди по дороженьке,
Топни, Катя, ноженькой!

Игра «Баскетбол»

Очень полезно играть с ребёнком в подобные игры: забросить мячик в корзинку — ведро, таз, коробку, в специально подвешенную на стенке баскетбольную корзинку.

Игра «Кегли»

Можно купить специальные кегли, а можно использовать пустые бутылки и любой небольшой мячик.

Игры на развитие умения перешагивать через предметы

Пусть ребёнок перешагивает через верёвочки, палки, низкие скамеечки, ходит через диванные подушки, валики.

Игры на умение стоять

на носочках, на пяточках, на одной ноге, держась за опору, прыгать как пружинка, ходить по лестнице, ступенькам.

Игры на знакомство со схемой тела

Конечно, мы и раньше, когда ребёнок был совсем маленький, говорили ему про носик, ротик, ножки, животик, но теперь мы обязательно спрашиваем его: «Где наш ротик? Покажи», — и так далее.

Игры на различение правой и левой сторон

Вначале предлагаем ребёнку яркую погремушку с ручкой или расписную ложку (например, с росписью «хохлома»). Когда ребёнок проявил интерес и протянул ручку, даём ему возможность

взять предмет. При этом комментируем: «Какой ты молодец, взял в правую ручку, а теперь возьми в другую! Молодец, взял левой ручкой!» Можно предлагать аналогичным образом разные игрушки и предметы с обязательным комментированием.

Так же можно играть, доставая игрушки и предметы из ведёрка, тазика или бочонка; надевая колечки на палочку.

Игры на развитие мелкой моторики

Обратите внимание на следующие аспекты:

- формирование щепотного захвата (большим, средним и указательным пальцами);
- формирование пинцетного захвата (большим и указательным пальцами);
- развитие стабильности запястья.

Формирование захвата происходит при использовании различных по величине и форме предметов. Для развития щепотного и пинцетного захватов ребёнку нужно иметь возможность брать в руки мелкие предметы.

Игра «Оладушки»

Взрослый играет с ребёнком его ручками и читает потешку:

Ай, тага, тата, тата,
Пожалуйте решета —
Мучки посеять,
Трошки затеять.
А для нашей лапушки
Испечём оладушки.
Испечём блинка
Для нашего сынка!
Ух, горячи!

(дуем на ладошки, просим ребёнка сделать то же самое)

Игра «Все захлопали в ладошки»

Взрослый берёт ручки ребёнка и хлопает ими в ладошки, приговаривая:

Все захлопали в ладошки

Дружно, веселее.

Застучали наши ножки

Громче, веселее.

Хлопающие движения ручками делаются взрослым, или если ребёнок может,

24

Развитие от 1 года до 3 лет

пусть сделает это самостоятельно.

Игра «Тихо мы в ладошки ударим, громко мы в ладошки ударим»

Взрослый берёт ручки ребёнка и тихо хлопает ими в ладошки, приговаривая:

Тихо мы в ладошки ударим,

Тихо мы в ладошки ударим,

Люли-люли, ударим,

Люли-люли, ударим.

Потом — то же самое со словом «громко».

Игра «Вьюги»

Взрослый вначале кружит руками ребёнка и поёт:

Вьюга, вьюга, вьюга

Вью-у-у-у!

Затем сжимает руки ребёнка в кулачки, стучит кулачком об кулачок и поёт:

Колотушки колочу.

Приколачиваю, приколачиваю,

Заколачиваю!

Игра «Флажки»

У взрослого и ребёнка по флажку. Ребёнок подражает действиям взрослого, либо ребёнок с помощью взрослого производит различные движения с флажками:

Вот я флажки качаю

Вот так, вот так!

Флажок я поднимаю

Вот так, вот так!

Затем выполняются соответствующие движения со словами «машу», «спрячу за спину», «выставлю вперёд», «опущу вниз».

Мы идём, идём, идём

С песнями, с флажками.

Мы поём, мы поём

Песенку о маме.

Развитие познавательной деятельности

Физическая активность ребёнка, создание условий для исследования окружающего пространства, развитие понимания речи, общение и сотрудничество со взрослыми и детьми являются необходимыми факторами развития познавательной деятельности ребёнка.

Сортировка

Используется две группы предметов, различающиеся только по одному признаку.

Игра «Большие и маленькие»

Взрослый говорит, что к ним в гости пришла кукла Маша и просит сделать для неё бусы. Нанизываем на нить большую бусину, потом маленькую. Таким образом собираем бусы, надеваем их на куклу. От лица куклы обязательно благодарим малыша. Эта игра может быть предложена на различие по цвету, например, взять только синие бусинки, а жёлтые пусть останутся в коробочке. Взрослый должен использовать в своей речи слова: «разные», «такой же», «одинаковые».

Подбор пар

Используются различные варианты подбора пар: парные игрушки, парные картинки, игрушка и картинка с её изображением. Вначале малыша учат класть рядом одинаковые игрушки или картинки без необходимости сделать выбор. Затем взрослый кладёт перед собой 2—5 картинок и такие же — перед ребёнком. Взрослый показывает картинку и говорит: «У меня мяч. А у тебя есть мяч? Положи свой мяч рядом с моим мячом».

Выделение формы

Игра «Построим башню»

Взрослый и ребёнок строят башню из кубиков. Взрослый даёт возможность ребёнку убедиться во всём на собственном опыте, например, чтобы башня была устойчивой, внизу должен быть самый большой кубик, выше — поменьше, а ещё выше — совсем маленькие. Для сравнения кубики надо прикладывать друг к другу.

Игра «Построим дом»

Из разных кубиков (куб, кирпич, треугольник) строим домик. Вначале взрослый делает это вместе с малышом, потом предлагает ребёнку попробовать самому.

Выделение величины

Для формирования навыка можно использовать стаканчики-вкладыши, матрёшку, пирамидку, игрушки различной величины.

Игра «Какой мячик больше?»

Необходимы несколько мячей разной величины. Взрослый просит ребёнка принести сначала самый большой мяч, потом поменьше, потом самый маленький.

Обязательно использовать слова «самый большой», «поменьше», «больше», «самый маленький» и тому подобные, обозначающие величину.

Выделение цвета

Игра «Светофор»

Взрослый и ребёнок «переходят улицу» и смотрят на светофор — кружки с красным, жёлтым, зелёным цветом:

Красный — ясно, путь опасный!

Жёлтый — тоже подожди!

А зелёный впереди — проходи!

Также взрослый предлагает ребёнку различного рода сортировки по цвету, например, взять только красные кубики, носочки, стаканчики и так далее. Постоянно используйте слова, обозначающие названия цветов.

Игра «Цветные предметы»

Возьмите четыре мисочки, одинаковые по размеру, но разные по цвету: красную, зелёную, синюю и жёлтую. А в коробку положите бусинки или пуговицы этих же цветов. В жёлтую миску положите жёлтую бусину и попросите малыша найти такую же в коробке и опустить в миску. Добавьте в игру другие предметы жёлтого цвета и скажите: «Видишь, они тоже жёлтые!» Когда малыш начнёт безошибочно находить все жёлтые предметы, переходите к изучению следующего цвета.

Игра развивает познавательные навыки, формирует представления об основных цветах и улучшает сообразительность ребёнка.

Игра «Сложи узор»

Для этой игры требуется набор из 16 деревянных четырёхцветных кубиков, у которых каждая грань имеет свою окраску. Кубики должны быть уложены в деревянную или картонную коробку. Вначале необходимо вместе с ребёнком рассмотреть кубики: «Смотри, какие красивые кубики! Я

возьму четыре кубика: один, два, три, четыре. Смотри, это синяя сторона, а это — жёлтая. И остальные кубики так же положим: синяя сторона — жёлтая. Смотри, какая красивая цветная дорожка у меня получилась!

Давай вместе попробуем?»
Игра помогает развивать пространственное воображение, внимание, умение анализировать, синтезировать и комбинировать. Начальные навыки счёта и чтения
Взрослый и ребёнок идут по лестнице, взрослый приговаривает:

Ступенька первая — один,
Здесь мы постоим.
Ступенька — два,
Зажмурим-закроем мы глаза.

В быту, в игре, на прогулке используем числительные «один», «два» (например, просьба: «Дай, пожалуйста, одно яблоко», «Возьми на прогулку один мяч»).

Игра «Волшебный алфавит»

Повесьте в комнате ребёнка музыкальный алфавит с картинками на каждую букву. Периодически подходите к нему и играйте: «Где машинка? Правильно! Это буква М. Молодец!»

Игра «Шершавые буквы»

Вырежьте буквы из шершавой (например, бархатной или наждачной) бумаги и наклейте их на картонные таблички. Фон для согласных звуков должен быть голубым, для гласных — розовым. Возьмите одну карточку, обведите букву двумя пальцами (средним и указательным), как будто вы её пишете. Предложите ребёнку тоже обвести букву. Называйте каждую букву, которую обводите. Буквы пишутся, а читаются они звуками. Поэтому говорим ребёнку только звуком: «м», «п», «с» и так далее.

Комментированное рисование

Взрослый на глазах у ребёнка создает рисунок, комментируя свои действия. Можно оттапливаться от рисунка ребёнка.

Например, ребёнок начиркал палочки, взрослый их выровнял: «Это забор, а за забором курочка спряталась: вот её лапки, их две — у всех птичек две ноги. А наверху, видишь, голова курочки? Она кричит: "Ко-ко-ко". Кому она это кричит, малыш? А цыпляток своих зовёт. Вот они, к маме бегут». Вам не обязательно обладать художественными способностями. Это могут быть простые схематичные рисунки, но польза от такой работы огромная: развивается речь, ведь вы рисуете и тут же комментируете; развивается воображение, перед ребёнком демонстрируется цепочка событий; ребёнок внимателен: а что же будет дальше? И, конечно, развивается память, потому что после окончания работы можно вернуться к рисунку и пережить произошедшее событие вместе с ребёнком снова.

Коррекция дефектов восприятия и ориентировки в пространстве

Формирование пространственных представлений у детей данной категории имеет сложную структуру, складывается поэтапно, проходя длительный и сложный путь. Одна из первостепенных задач обучения заключается в обогащении двигательного опыта ребенка, формировании на этой основе представлений о схеме тела, своего положения среди окружающих предметов, основных направлениях пространства, отношениях между предметами. Использование дидактических игр и игровых приемов для коррекции дефектов восприятия пространства и ориентировке в нем помогают детям с ограниченными возможностями легче и быстрее научиться ориентироваться в окружающем мире.

1. Игры направлены на ориентацию в сторонах собственного тела ребенка

При обучении «правой» и «левой» сторон вначале выделяется ведущая главная правая рука (если она менее поражена, чем левая), при этом название левой вначале не дается, пока не закрепится понятие «правой руки» и «справа». Для эффективного обучения правой и левой стороны детям предлагается надеть на левую руку браслетик, который способствует быстрому запоминанию сторон. Так, в игре «Найди свое сердце» ребенка просят определить, где у него сердце, давая возможность рукой почувствовать биение сердца. Объяснить, что у всех людей сердце находится с левой стороны. Таким образом, ребенок определяет сначала левую сторону, на которую для зрительного ориентира надевают красный браслет. Аналогично знакомят с правой стороной. Только после четкого представления направления «слева» - вводится понятие «влево».

2. Игры, обучающие ориентировке в правом и левом направлении пространства, относительно самого себя

В игре «Кто правильно назовет» ребенок показывает правую руку и называет, что находится справа, а затем ему предлагают закрыть глаза, повернуться на одном месте несколько раз, предлагают открыть глаза, и опять просят показать правую руку, назвать то, что находится справа от него. Таким образом, проводится работа и с левой рукой.

3. Игры, направленные на развитие ориентировки в пространстве в зеркальном отображении

В игре «Контролер» ребенок (контролер) располагается перед другими участниками игры – пассажирами, у которых есть билеты красного и зеленого цвета. Сзади «контролера» с правой и левой

стороны кладутся обручи, обозначающие автобусы. «Пассажиры» с красными билетами направляются «контролером» в левый автобус, а с зелеными в правый.

Данные игры обогащают практический, чувственный опыт детей, помогают сформировать умения определять пространственные направления в различных ситуациях опираясь на схему собственного тела, расширяют активный словарный запас терминологией.

4. Игры направлены на формирование понимания детьми таких пространственных свойств предметов, как удаленность, местоположение, а так же на понимание изменчивости и относительности пространственных отношений

В процессе обучения надо стремиться к тому, чтобы ориентировка в направлениях пространства основывалась как на зрительных, так и на слухо-двигательных связях.

Обучение состоит из двух серий игр.

Первая серия направлена на формирование пространственных понятий, характеризующих

местоположения предмета в пространстве. В игре «Послушай и сделай» ребенку дается мяч. Он должен расположить мяч, соответственно команде взрослого (вверх, вниз, сзади, в стороны, вперед).

Вторая серия игр направлена на определение удаленности предметов в пространстве. В игре «Доползи до игрушки» ребенок по сигналу взрослого ползет к игрушке: сначала – к ближней, затем – к дальней. При этом объясняется, что одна игрушка лежала близко, и поэтому ребенок дополз до нее раньше, а другая лежала далеко, поэтому до этой игрушки он дополз позже.

На этом этапе целесообразно применение игровых заданий в виде «Минуток отдыха». Наибольший эффект от «Минуток отдыха» тогда, когда они выполняются в игровой форме эмоционально. Например: «Веселые человечки» - детям предлагаются картинки со схематическими изображениями человечков. Фигуры отличаются друг от друга различным расположением рук и ног. Нужно повторить данные движения.

5. Игры на формирование у детей понимания пространственных отношений между предметами и относительности пространственных отношений

В игре «Найди игрушку» в центре группы ставится большая коробка, и раскладываются игрушки в разных позициях по отношению к коробке: в, на, под, за, перед, справа, слева. Взрослый дает задание ребенку принести игрушку, которая находится под коробкой, за коробкой и т.д. Когда ребенок находит нужную игрушку, педагог спрашивает, что он нашел и где.

Игра «Разноцветные кубики»: «Назовите соседей («слева», «справа») розового кубика», «Поставь кубики так, чтобы розовый был перед синим и за желтым».

Также рекомендуется проведение таких игр: «Собери гусеницу слева на право», «Пристегни к елочке шишки с левой (правой) стороны» и т.д.

Успешно используется стихи «Рифмовочки». Они насыщены пространственным сюжетом и ритмическим рисунком, сопровождаются характерными движениями, сюжетными картинками. Стихи запоминаются детьми, элементы юмора способствуют снятию телесного напряжения, создают благоприятный эмоциональный фон, например:

Впереди бежит Максимка,

Сзади Танечка видна,

А за нею черный кот,

В зубах мышку он несет.

На основании эмоциональных ответных реакций в виде улыбки, радостного возгласа, общего оживления, можно судить о том, как ребенок осмысливает содержание «Рифмовочек». Они помогают развивать у детей внимание, мышление, память.

Развитие зрительного внимания

Упражнение «Запомни картинку»

В течение одной минуты ребенку демонстрируется рисунок. Затем рисунок убирается, взрослый задает вопросы по содержанию картинки. Ответы ребенок должен давать по памяти.

Упражнение на развитие слухового внимания

Упражнение «Послушай, что за окном?»

Взрослый предлагает ребенку послушать, что происходит за окном. Ребенок должен рассказать, что он слышал.

Подсказки родителям, развивающим внимание своих малышей:

При работе с детьми было выявлено, что больше всего утомление ребенка вызывает словесная деятельность (устное объяснение задания, заучивание стихов и пр.). Чаще всего дети отвлекаются на эмоционально, а не информативно привлекательные объекты. Поэтому, уважаемые родители, занимаясь с ребенком, не прячьте свои эмоции в дальний угол, улыбайтесь, проявляйте удивление, интерес, восторг!

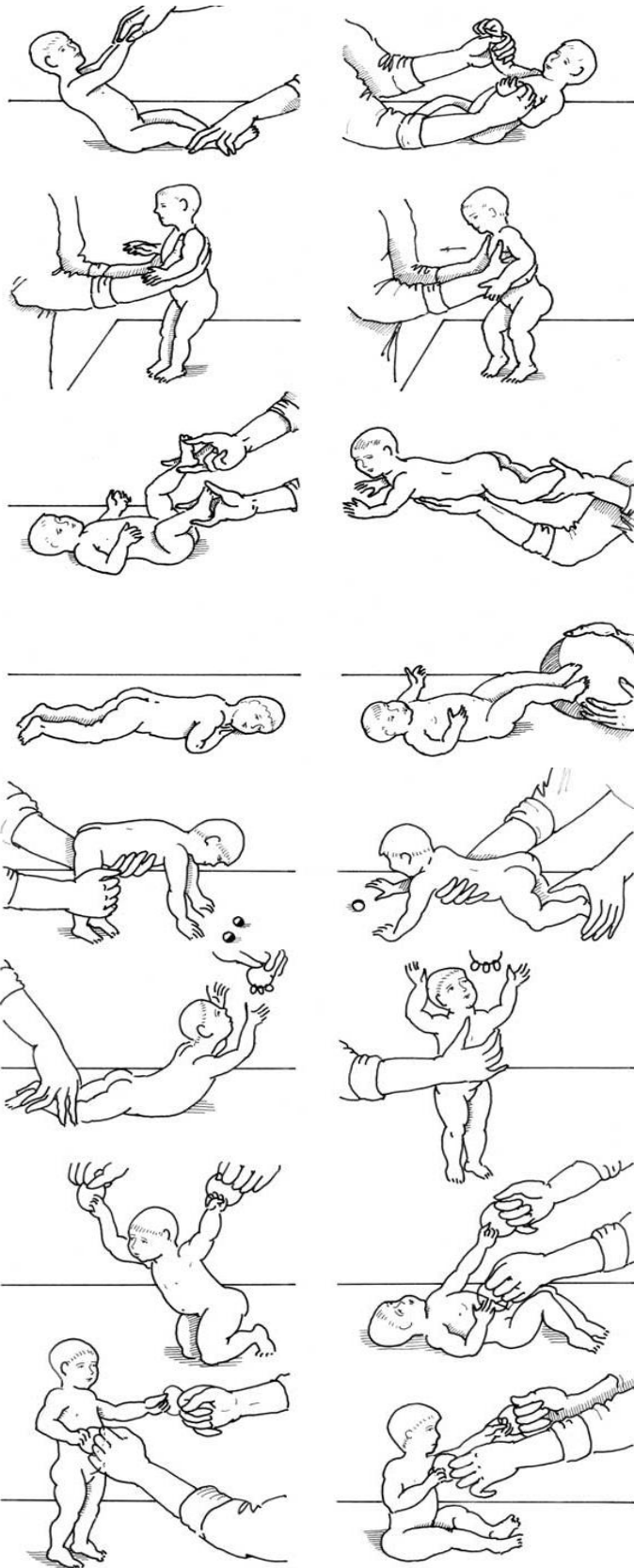
Родители, возьмите на себя руководство вниманием ребенка, вовлекайте его в разные виды деятельности, освещая их привлекательные стороны. Придумывайте, находите новые, оригинальные средства организации детского внимания. Помните, что наиболее привлекательно для ребенка то, что наглядно, эмоционально, неожиданно.

Давая задание малышу, помните, что ваша инструкция должна быть доброжелательной, конкретной, пошаговой и понятной.

Ваши слова, тормозящие отвлечения детей на посторонние дела, не должны носить негативной эмоциональной окраски. Если ребенка постоянно одергивать фразами: "Не отвлекайся!", "Не смотри по сторонам!", "Не трогай машинки!", вряд ли малыш с удовольствием будет завершать задание. Более удачным вариантом могут быть высказывания: "Давай закончим строчку", "Сейчас закрасим шапочку и поиграем", "Посмотри, тебе осталось написать две буквы!".

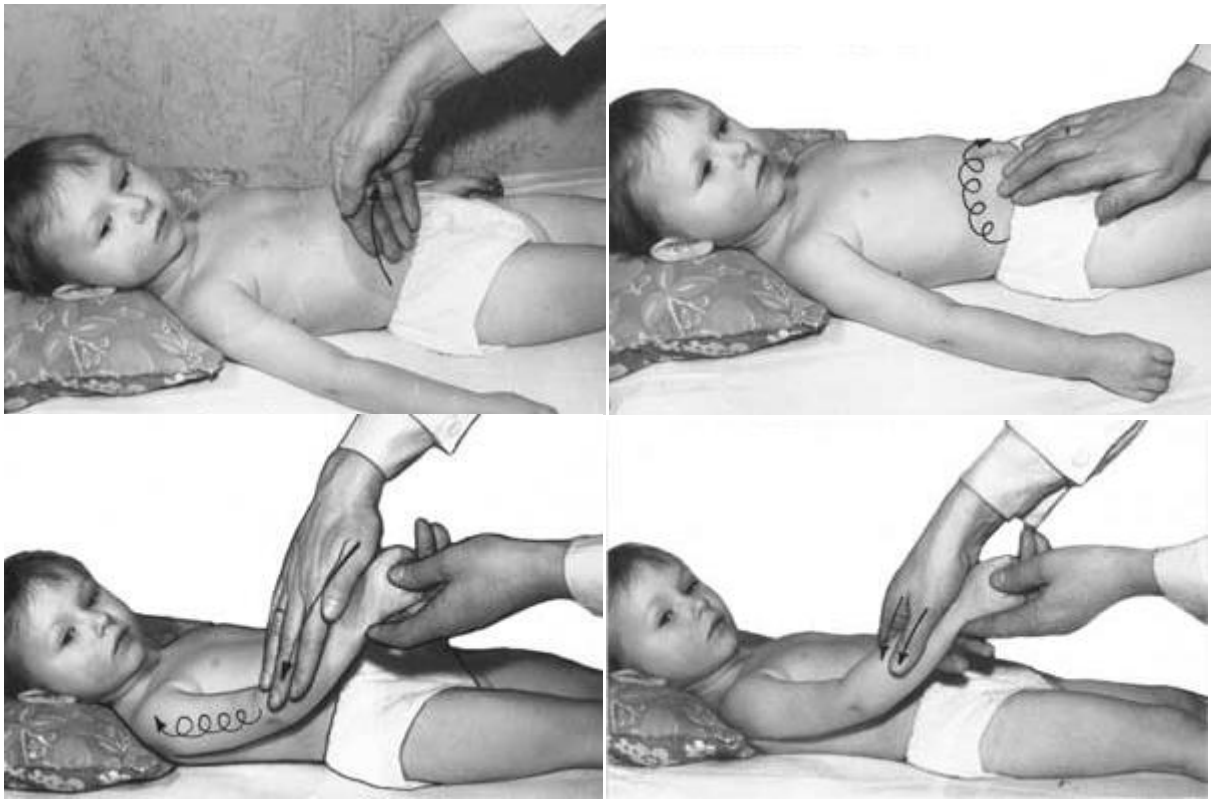
Если вы хотите, чтобы ребенок был внимателен при выполнении заданий, позаботьтесь о хорошем физическом самочувствии малыша и его настроении. Создайте в комнате, где он занимается, тишину, по возможности сократите количество отвлекающих факторов: громких звуков, эмоциональной речи, ярких картинок и игрушек, интересных журналов и книг, движущихся объектов.

Методика массажа для детей



1.Массаж начинают со спины





2. Движения рук идут от поясничной области к шее, включают в себя такие элементы массажа как: поглаживание, растирание и неглубокое разминание, и лёгкую вибрацию.

3. После массажа спины переходят к массажу ягодичных мышц и нижних конечностей (нижние конечности начинают массировать, в следующей очередности: бёдра, затем голени и стопы).

4. Затем массируют верхние конечности, грудь и живот.

Продолжительность процедуры 8–15 мин. Курс 20–30 процедур. В год 4–6 курсов.

Компенсационные выплаты по уходу за детьми-инвалидами

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 года № 175 «О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы», с 1 января 2013 года устанавливаются ежемесячные выплаты неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы:

- а) родителю (усыновителю) или опекуну (попечителю) – в размере 5500 рублей;
- б) другим лицам – в размере 1200 рублей.

Ежемесячные выплаты производятся к пенсии, установленной ребенку-инвалиду и инвалиду с детства I группы, в период осуществления ухода за ним.

Ежемесячные выплаты устанавливаются на основании документов, имеющихся в распоряжении учреждения Пенсионного фонда РФ, осуществляющего пенсионное обеспечение ребенка-инвалида и инвалида с детства I группы, и производятся с доплатой за прошлое время, начиная с 1 января 2013 года. То есть, если один из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей) ребенка-инвалида или инвалида с детства I группы получает ежемесячную компенсационную выплату в размере 1200 рублей, начиная с 1 января текущего года ему будет произведена доплата в сумме 4300 рублей за каждый месяц ($5500 - 1200 = 4300$).

В случае, если родители, усыновители, опекуны, попечители ранее не представляли в учреждение Пенсионного фонда по месту получения пенсии ребенком-инвалидом или инвалидом с детства I группы документы, подтверждающие родственные отношения или статус опекуна (попечителя), необходимо заявить о своем статусе в устной или письменной форме для получения учреждением ПФР таких документов в удобной для ухаживающих лиц форме.

По предварительным данным ежемесячные выплаты по уходу в повышенном размере (5500 рублей) будут установлены более 1500 жителей Курской области.

Заключение

Ребенок считается инвалидом, если имеет место значительное ограничение его жизнедеятельности и социальная дезадаптация, возникающие вследствие нарушения развития и роста ребенка, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Микросреда семьи и семейное воспитание влияют на ребенка, на формирование его личности. От уровня общей и психолого-педагогической культуры родителей, их жизненной позиции, их отношения к ребенку и имеющимся у него проблемам, от степени участия родителей в коррекционном процессе во многом зависят успехи диагностической, учебно-воспитательной, коррекционно-развивающей и лечебно-оздоровительной работы. Существуют различные средства организации физического воспитания ребенка инвалида, одним из них являются игры. В воспитании ребенка с ограниченными возможностями игра выполняется средствами активизации, так как играя ребенок развивается в физическом, психическом и социальном направлениях. Физическая культура – это особая и самостоятельная область культуры, которая приобретает ряд специфических черт в отношении к инвалидам различных групп, занимающихся физическими упражнениями и массовым спортом.

Обеспечивая развитие двигательного аппарата, укрепляя здоровье, повышает работоспособность организма, физическое воспитание способствует выживанию и преодолению множества отклонений.

Поскольку именно движение осуществляет непосредственно ту связь ребенка с окружающим миром, которая лежит в основе развития его психических процессов и организма в целом.

Физическая культура имеет большие возможности для коррекции и совершенствования моторики индивида. Большое число физических упражнений и вариантивность их выполнения позволяет производить отбор целесообразных сочетаний для каждого отдельного случая. Это обуславливает преимущество средств физического воспитания перед восстановительной трудотерапией.

Литература:

Беркутова Н.Г. Физическое воспитание аутичных детей. // Роль адаптивной физической культуры в создании безбарьерной среды жизнедеятельности. - М. 2007- С 18-21

Ваньшин С. Кому нужна реабилитация инвалидов // Вопросы социального обеспечения. – 2007. – январь №1. – С. 4-5

Гросс Н.А. Развитие двигательных навыков у детей с ограниченными возможностями. // Журнал «Курортное дело» №3 – М.2007 –С 13-15.

Дымпилова Л. Психологическая реабилитация детей, страдающих ДЦП // Социальное обеспечение. – 2004. – янв. №1. – С. 39 – 41

Любушкина Т. Опыт социальной поддержки и реабилитации детей с ограниченными возможностями // Вопросы социального обеспечения. – 2006. – окт. - №19. – С.13-14

Максимова И. Центр реабилитации детей-инвалидов // Воспитание школьников. – 2006. - №1. – С.26 – 30

Социально-трудовая реабилитация детей // Социальная педагогика. – 2006. - №3. – С.63-67

Чеснокова Л.С. Иппотерапия в процессе психолого-педагогической реабилитации детей с

Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии. // Дефектология, 1997, № 1.

Возжаева Ф.С. Реализация комплексных реабилитационных программ для детей-инвалидов. // Социальное обеспечение, 2005, № 18.

Володина Н.Б. Реабилитация тех, кто не «вписывается в стандарт». / Директор школы, 1997, № 6.

Галагузова М.А., Галагузова Ю.Н., Штинова Г.Н., Тищенко Е.Я., Дьяконов Б.П. Социальная педагогика. – М.: Педагогика, 2001.

Грузинова Т.В. Дети с ограниченными возможностями: мифы, реальность, пути интеграции. // Директор школы, 1999, № 4.

Кулагина Е.В. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям: автореферат дисс. на соиск. ученой степени канд. экономических наук. – М.: Просвещение, 2004.

Кулагина Е.В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами. // СОЦИС, 2004, № 5.

Подласый И.П. Педагогика. В 2-х кн. – М.: Просвещение, 1999, Кн.2.

Роджерс К. Что значит становиться человеком?. Теории личности в западно-европейской и американской психологии. / сост. Д.Я. Райгородский. – Самара, 1996.

Руководство по врачебно-трудоустройству в 2-х т., т.1. Под. Ред. Ю.Д. Арабатской. – М.: Просвещение, 1981.

Скок Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции. // СОЦИС, 2005, № 4.