

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
СПЕЦИАЛЬНОГО И ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ
РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА ПРИНЦИПАХ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

Методические рекомендации

Алматы 2021

УДК 376
ББК 74.3
О-49

Одобрено и рекомендовано Научно-методическим советом Национального научно-практического центра развития специального и инклюзивного образования (протокол № 31 от 20 октября 2021 года).

Утверждено и рекомендовано к использованию Комитетом дошкольного и среднего образования Министерства образования и науки Республики Казахстан (письмо № 18-3/55-И от 10 марта 2022 года).

Авторы-составители:

Ерсарина А.К. - зав. лаборатории комплексной диагностики и реабилитации детей с ООП, канд. пед. наук

Токарева А.С. - инструктор лечебной физкультуры

Куттыбаева Ж.К. - социальный педагог

Рецензенты:

Оразаева Г.С. - к.п.н., доцент, директор Института Педагогики и психологии КазНацЖенПУ

Джангельдинова З.Б. - зав. отделом реабилитации и внедрения новых технологий

Оказание комплексной помощи семье ребенка с инвалидностью на принципах Международной классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности и здоровья: метод. рекомендации / Ерсарина А.К., Токарева А.С., Куттыбаева Ж.К. - Алматы: ННПЦ РСИО, 2021. - 56 с.

ISBN 978-601-08-1731-9

В методических рекомендациях изложены основные принципы и алгоритм использования МКФ для оказания комплексной поддержки семьи ребенка с инвалидностью. Мультидисциплинарная оценка проблем развития ребенка в рамках МКФ используется для составления программ оказания помощи семье ребенка.

Изложенная в методических рекомендациях система комплексной поддержки семьи ребенка с инвалидностью предназначена для использования в работе психологов, педагогов-дефектологов, логопедов, социальных педагогов, педагогов лечебной физкультуры реабилитационных центров и кабинетов психолого-педагогической коррекции, оказывающих помощь детям с тяжелыми и сложными нарушениями.

УДК 376
ББК 74.3

ISBN 978-601-08-1731-9

© ННПЦ РСИО, 2021
© Ерсарина А.К., Токарева А.С.,
Куттыбаева Ж.К., 2021

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

МКФ-ДП - Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков

ННПЦ РСИО - Национальный научно-практический центр развития специального и инклюзивного образования

ПМПК - психолого-медико-педагогическая консультация

РЦ - реабилитационный центр

КППК - кабинет психолого-педагогической коррекции

ЛФК - лечебная физическая культура

ТСР - технические средства реабилитации

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1 Современные подходы к оказанию помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями	7
2 Оценка проблем развития детей с тяжелыми и множественными нарушениями	16
3 Разработка индивидуальных развивающих программ для оказания помощи ребенку и его семье	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	27
Список использованных источников	28
ПРИЛОЖЕНИЕ А Оценка выполнения деятельности (СОМР)	29
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Система классификации церебрального паралича в зависимости от развития функциональных навыков крупной моторики	30
ПРИЛОЖЕНИЕ В Результаты обследования в рамках МКФ	34
ПРИЛОЖЕНИЕ Г Нормативы моторного развития детей первого года жизни	37
ПРИЛОЖЕНИЕ Д Комплекс приемов, упражнений и игр по развитию двигательных функций	42
ПРИЛОЖЕНИЕ Е Этапы развития социально-бытовых навыков	47
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж План развития навыков	51

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость составления данных методических рекомендаций обусловлена актуальностью проблемы оказания помощи детям с инвалидностью, имеющих тяжелые и множественные нарушения: выраженные ментальные, двигательные, сенсорные нарушения и их сочетания. Специфика оказания помощи таким детям обусловлена двумя факторами. Первый фактор связан с необходимостью формирования, в первую очередь, жизненно важных - социально-бытовых навыков, облегчающих и нормализующих жизнь ребенка в семье и обществе. Другой фактор - активное участие и непосредственная вовлеченность родителей в развивающую работу по формированию жизненных навыков – играет главную роль в социальной реабилитации детей с тяжелыми и множественными нарушениями.

Методические рекомендации содержат разработанную технологию составления программ двигательного и социально-коммуникативного развития для ребенка с тяжелыми и множественными нарушениями, поскольку именно эти области развития являются первоочередными для обеспечения нормализации жизни ребенка и семьи, а также основными задачами социальной реабилитации ребенка.

Программы составляются специалистами для семьи ребенка на основе запроса и потребностей семьи и реализуются также членами семьи. Роль специалистов заключается в проведении оценки проблем развития ребенка, составлении развивающей программы для него, обучении родителей по ее реализации дома, оказании консультативной поддержки и мониторинге процесса домашнего обучения ребенка.

Отличие этих программ от существующих индивидуально-развивающих программ, реализуемых самими специалистами, в том, что они составляются совместно с родителями и выполняются всей семьей в домашних условиях.

Необходимость разработки программ помощи для родителей обусловлена рядом преимуществ и обстоятельств:

основная цель программ – способствовать преодолению препятствий к активности и участию ребенка в различных сферах жизни и нормализации повседневной жизни. Достижение этой цели возможно лишь в семье и ближайшем социальном окружении через повседневную активность и разнообразную деятельность ребенка;

развитие ребенка происходит в условиях постоянного и разнообразного общения и взаимодействия с близкими людьми. Родители маленького или серьезно ограниченного в своих возможностях ребенка являются лучшими

воспитателями и учителями для своего малыша. Задача специалиста помочь им раскрыть свой потенциал и привлечь ресурсы семьи для развития ребенка;

- эффективность реабилитации значительно повышается, если целенаправленная помощь оказывается не только профессионалами на занятиях в кабинете, но и родителями ребенка в семье;

- отсутствие служб раннего вмешательства в здравоохранении, недостаточная сеть организаций образования, оказывающих помощь детям с тяжелыми и множественными нарушениями делает актуальной и значимой работу специалистов РЦ, КППК и других организаций по составлению программ помощи ребенку и семье.

В настоящее время в международном сообществе оценку проблем развития и определение направлений социальной реабилитации детей принято осуществлять в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП) [1].

Цель данных рекомендаций – описать технологию и методический инструментарий оказания помощи и поддержки ребенку с тяжелой инвалидностью и его семье на основе принципов МКФ-ДП в организациях образования, социальной защиты и здравоохранения, оказывающих помощь детям с тяжелыми и множественными нарушениями.

В рекомендациях изложены основные методологические подходы и принципы МКФ-ДП, а также других методов и инструментов, используемых в международной практике для оценки проблем развития, определения основных направлений развивающей работы и составления индивидуально-развивающих программ.

Методические рекомендации состоят из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений. В первой главе освещены современные подходы к оценке проблем и оказания помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Во второй главе изложены порядок проведения и содержание оценки различных сторон развития ребенка. В третьей главе рассмотрены условия, требования и методический инструментарий для составления развивающих программ и консультирования родителей по их реализации.

Изложенные в методических рекомендациях оценка проблем и составление программ развития предназначены для использования в работе педагогов (инструкторов) лечебной физкультуры, социальных педагогов, педагогов-дефектологов, врачей реабилитологов кабинетов психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центров, а также организаций здравоохранения и социальной защиты, оказывающих помощь детям с тяжелыми и множественными нарушениями.

1 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

В настоящее время во всем мире отношение государства и общества к лицам с инвалидностью в подавляющем большинстве стран мира основывается на концепции (модели) социальной реабилитации. В основе социальной модели лежит концепция равных прав и равных возможностей для всех членов общества и нормализации жизни человека с функциональными нарушениями. Нормализация жизни не означает, что человек с нарушениями становится «нормальным», т. е. человеком без нарушений, этот термин означает, что жизнь человека становится нормальной, такой же, как у других членов общества. Качество жизни людей определяется не нарушениями, а тем, что мешает им вести полноценную жизнь, т. е. жить так же, как другие люди без нарушений [2-4].

В отличие от медицинской (биологической) модели, где проблему инвалидности связывали с неизлечимыми болезням, нарушениями и весь объем помощи ограничивался в рамках установленного диагноза (распределении льгот и пособий, направление в специальные учреждения и пр.), социальная модель основана не на констатации нарушений человека и проблем, которые он испытывает из-за этих нарушений, а на выявление трудностей и ограничений, возникающих у инвалида, прежде всего, в связи с существующими в обществе условиями. «Именно общество создает барьеры, не позволяющие человеку с нарушениями вести полноценную жизнь. Это определение легло в основу социальной концепции реабилитации инвалидности» [цит. по 5].

Выделяются основные принципы социальной модели реабилитации:

- жизнь ребенка в семье. Без постоянных эмоциональных отношений, которые существуют только в семье, полноценное развитие ребенка невозможно;

- раннее выявление возможного отставания в развитии, позволяющее своевременно оказать помощь и предупредить развитие более выраженных нарушений;

- междисциплинарная команда специалистов, осуществляющих диагностику нарушений и разработку индивидуальных программ развития, ориентированных на потребности и возможности конкретного ребенка и его семьи;

- семейно-центрированный подход, предполагающий активное участие родителей на всех этапах раннего вмешательства, начиная от запроса и оценки развития ребенка, разработки программы развития, ее реализации и

заканчивая оценкой ее эффективности и внесение в нее изменений. Изучение особенностей психического развития ребенка раннего возраста, в том числе и его проблем считается некорректным, если ребенок изучается изолированно от матери; раннее вмешательство должно быть центрировано не отдельно на ребенке, а на взаимодействии матери и ребенка;

- опора на сильные стороны ребенка и семьи. Основной акцент при оценке и проведении программ развития делается не на ограничения ребенка и семьи, а на выявление их возможностей и ресурсов;

- коммуникативная и социальная направленность программ развития. Развитие ребенка должно происходить через общение и обычные виды активности в семье и ближайшем социальном окружении;

- нормализация жизни ребенка и семьи означает максимальное приближение семьи ребенка к нарушениями развития к жизни других семей: участие в повседневной жизни, различных видах социальной активности, интеграция в общество [5,6].

Вышеизложенные принципы модели социальной реабилитации людей с инвалидностью в наибольшей степени реализованы в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) принятая 22 мая 2001 г. Всемирной организацией здравоохранения, получившей широкое распространения в международном сообществе. Она относится к социальным классификациям, в отличие от медицинских, оценивает не только и не столько нарушения здоровья, сколько их влияние на функционирование индивида, его активность и участие в различных сферах жизни, учитывая его сильные стороны, способности и реабилитационный потенциал [1].

Принятие МКФ ООН ознаменовало смену медицинской модели оказания помощи людям с ограниченными возможностями на социальную, основные принципы которой можно изложить в следующих положениях:

- ограничение жизнедеятельности не является причиной ограничений активности;

- причина ограничений активности - организация общества;

- барьеры, связанные с коммуникацией, обучением, передвижением, связью, архитектурой, экономикой, являются не менее важными, чем барьеры, связанные с состоянием здоровья.

Наряду с МКФ как методологического инструмента оценки проблем развития лиц с инвалидностью в международном сообществе используются другие методы и инструменты оценки с целью определения направления и содержания реабилитационной работы.

1. Канадская оценка выполнения деятельности (COMP- Canadian Occupational Performance Measure Law, Baptise, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 1994) в формате интервью родителей ребенка [7]. Оценка проблем

ребенка и путей их преодоления происходит в ходе равноправного обсуждения с родителями стратегии помощи, равного обмена мнениями. В ходе интервью родителей выясняется: важность для развития озвученной родителями деятельности ребенка; качество ее выполнения; удовлетворенность родителями выполнением этой деятельности (навыка) ребенком. Оценка выполнения деятельности по COPM, наглядно показывает динамику изменений в развитии ребенка (Приложение А).

2. Программа MOVE (системы оценивания поэтапного выполнения двигательной-моторной деятельности), разработанная в Великобритании с целью поэтапного развития двигательных навыков с использованием различного реабилитационного оборудования и вспомогательных технических средств [8]. Поэтапное развитие двигательных навыков по программе MOVE осуществляется по системе снизу-вверх- от самых простых моторных навыков к более сложным и справа- налево – от более низкого уровня овладения навыка к более высокому. Программа включает в себя три основных этапа в формировании двигательных навыков: умения сидеть, стоять, ходить, каждый из которых в свою очередь состоит из этапов формирования более мелких навыков для достижения конечной цели. Такая система поэтапного формирования двигательных навыков позволяет более точно оценить уровень и двигательные возможности ребенка, с пошаговой точностью определить задачи программы и последовательно шаг за шагом выполнить ее (таблица 1).

Оценка по системе MOVE относится к выбору навыков, наиболее важных для участника. Оценка проводится в форме интервью. Должны присутствовать участник, родители или лица, осуществляющие уход, и также специалисты (команда MOVE).

3. Классификации церебрального паралича в зависимости от развития функциональных навыков крупной моторики по R. Palisano с соавт., 1997 [9]. Критериями этой классификации являются тяжесть двигательного расстройства и возраст ребенка (Приложение Б).

4. Постуральный менеджмент – это программа с междисциплинарным подходом в планировании помощи ребенку с двигательными нарушениями в парадигме МКФ с целью повышения его возможностей и профилактики вторичных и третичных нарушений (контрактур, деформаций, вывихов и подвывихов в тазобедренных суставах), остеопороза, пролежней, застойных явлений в органах дыхания и кровообращения, органах малого таза. Регулярные изменения в положении и удобная поза являются неотъемлемой частью программы постурального менеджмента [10]. Программа «Постуральный менеджмент» направлена на индивидуальный подбор ТСР, лечения и позиционирования детей, которая способствует развитию крупной и мелкой моторики и уменьшает риск развития постуральных деформаций.

Постуральный менеджмент включен в повседневный образ жизни человека и применяется в течение всего дня, чтобы охватить все виды деятельности, которые влияют на осанку и функциональные возможности человека.

Таблица 1- Оценка контрольных точек моторных навыков «сверху-вниз» поддержание положения «сидя» по программе MOVE

А	Выпускной уровень	Уровень I	Уровень II	Уровень III
A1. Может сидеть на ровной поверхности (кровати или в ванне) как минимум 30 минут без поддержки.	☐ Дата			
A2. Может сидеть на краю кровати или на стуле без подножки или спинки как минимум пять минут.		☐ Дата		
A3. Может сидеть на обычном школьном стуле как минимум 30 минут без поддержки.		☐ Дата		
A4. Может удерживать равновесие, сидя на обычном школьном стуле как минимум 5-7мин без поддержки.			☐ Дата	
A5*Может удерживать равновесие, сидя на обычном школьном стуле как минимум 30 секунд с поддержкой своими руками впереди или по бокам.				
A.6*Может сесть при помощи взрослого. Может поддерживать позу сидя на полу (в позе W): сидит между согнутых и ротированных вовнутрь бедер и коленей. (по (R. Palisano с соавт., 1997)				
A7*Может сидеть на полу, нужна поддержка туловища (фиксация) и контролирует положение головы. В положении лежа может самостоятельно переворачиваться на спину и, возможно, на живот.				
A8 Может держать голову прямо как минимум 30 секунд во время сидения на стуле с необходимой поддержкой (фиксацией) туловища, бедер и ног.			☐ Дата	
A9.Может выдержать сидение в прямом положении как минимум 30 минут с необходимой поддержкой туловища, бедер и ног.			☐ Дата	

A10. Может сидеть на стуле с полной фиксацией (голова, туловище, бедра, стопы) со сгибанием в бедрах и коленях как минимум 90°. Может так сидеть 2-3 мин.				□ Дата
* Не может сидеть ни в одной позе: (очень сильная спастика; контрактуры).				

Эта программа создана и связана с использованием специального оборудования для поддержания правильной позы. Такое оборудование обеспечивает правильное позиционирование в течение дня, что дает ребенку возможность заниматься обычными повседневными делами. Регулярные изменения в положении и удобная поза являются неотъемлемой частью программы постурального менеджмента. Метод, который приносит плоды только в комплексе с другими методами. Сфера данного метода - уменьшение риска постуральной деформации. Эта программа создана и связана с использованием специального оборудования для поддержания правильной позы. Такое оборудование обеспечивает правильное позиционирование в течение дня, что дает ребенку возможность заниматься обычными повседневными делами. Регулярные изменения в положении и удобная поза являются неотъемлемой частью программы постурального менеджмента. Используя термин «постуральный менеджмент» речь идет не только об использовании технических средств реабилитации, этот термин используется, чтобы описать все, что оказывает влияние на поддержание правильной позы человека.

5. Эрготерапия – специальная терапия, направленная на восстановление важнейших функций и навыков, утерянных в процессе болезни. Понятие эрготерапии пришло в современную медицинскую литературу от латинского слова «эргон», что обозначает работа, занятие и труд, а терапия – лечение. Таким образом, этим названием и расшифровывается основная суть данной методики – лечение путем работы над собой. Данный медицинский раздел изучает методы и различные способы восстановления двигательной активности конечностей с помощью лечебной гимнастики и занятий спортом [11].

Цель оккупационной терапии (второе название метода) – не просто восстановить утраченные двигательные функции, но и заново адаптировать человека к нормальной жизни, помочь ему достичь максимальной самостоятельности и независимости в быту. Однако эрготерапия - это не просто специальная лечебная гимнастика, направленная на развитие мелкой моторики, координации и других двигательных функций. Данная методика включает в себя знания по нескольким специальностям — психологии, педагогике, социологии, биомеханике и физической терапии. При помощи трудовой терапии улучшаются не только двигательные, но и когнитивные и эмоцио-

нальные возможности. Эрготерапия представляет собой довольно сложный и смешанный комплекс различных мероприятий, направленных на полную реабилитацию всего организма и восстановление возможности заниматься обыденными делами людям с ограниченными возможностями.

6. Реабилитация – это комплексные мероприятия, направленные на восстановление организма после перенесенных заболеваний или облегчение их симптомов, а также последствий. Вследствие этого люди могут вести социально полноценную жизнь – учиться, работать. Особенно важна ранняя и качественная физическая реабилитация для детей и подростков, так как раннее вмешательство обеспечивает эффективность реабилитационных мероприятий. Выделяют различные виды реабилитации [12].

Медицинская реабилитация – медикаментозное лечение, хирургическое вмешательство, физиопроцедуры, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение. Начинается она с момента постановки диагноза и продолжается до выздоровления ребёнка или остаточных стойких нарушений хронических болезней, которые необходимо корректировать.

Физическая реабилитация включает в себя также лечебную физкультуру, ходьбу, терренкур, посильные занятия спортом. Занимаются ею в период выздоровления или ремиссии. Особенно эффективна при заболеваниях костно-мышечной, кардиологической и бронхолегочной систем, при болезнях нервной системы.

Психологическая реабилитация проводится всеми специалистами, которые вступают в контакт с детьми. Создается специальная атмосфера, направленная на выздоровление, психологическую адаптацию к своим физическим ограничениям людей с инвалидностью. Также проводятся специальные беседы и занятия с родственниками больного ребёнка.

Социальная реабилитация направлена на предотвращение инвалидизации или уменьшение степени утраты трудоспособности, улучшение способностей к самообслуживанию, адаптацию в обществе. Также людей или семью ребенка с инвалидностью консультируют по вопросам: законные права и как использовать свои права на бесплатную медицинскую помощь, различные виды реабилитации, реабилитацию в специализированных заведениях, обеспечение специальными техническими средствами, облегчающими жизнь людям с ограниченными возможностями.

В общий курс восстановления детей с нарушениями физического развития входят такие мероприятия, как:

- лечебная физкультура;
- массаж;
- плаванию;
- физиопроцедуры разной направленности, в зависимости от патологии, которой болеет ребёнок;

- облегчение быта за счет выдачи специальных средств;
- предоставление обучающего материала.

Одним из важных направлений реабилитации является использование специального оборудования, вспомогательных и технических средств.

Оборудование для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата должно выполнять ряд определенных функций в зависимости от степени тяжести двигательных расстройств и физических возможностей ребенка. Оно должно помогать овладению двигательными навыками, способствовать его развитию, компенсировать ограниченность в движении, не допускать вторичных осложнений и улучшать общее качество жизни.

Подбирать оборудования для ребенка с двигательными нарушениями на реабилитационный период необходимо только после консультации врача. Рассмотрим некоторые основные виды специального оборудования.

Вертикализаторы являются одними из самых распространенных тренажеров, использование которых на регулярной основе способствуют значительному улучшению в моторном развитии. Он направлен на обучение детей, формирование двигательных образов и остановку развития осложнений. Кроме того, в тех случаях, когда ребенок прикован к кровати или коляске, ему необходимо регулярно обеспечивать вертикальное положение тела.

При выборе вертикализатора важно учитывать габариты устройства, цвет, форму и внешний вид. Он не должен пугать или расстраивать ребенка: в противном случае лучше подобрать другой вариант. Вертикализатор должен обладать настройками для более тонкой индивидуальной адаптации его особенностям ребенка. Таз ребенка должен фиксироваться дополнительными ремнями безопасности.

Специальные стулья и кресла используются с целью обеспечения ребенку возможности сидеть и сохранять правильную позу (осанку). Специальные кресла и стулья имеют модификации с различными фиксаторами на любой случай. Например, если ребенок заваливается назад, то необходима регулировка спинки и фиксатор для головы. Стулья и кресла подбираются не по возрасту ребенка, а по их техническим характеристикам.

При настройке сиденья необходимо правильно настроить глубину и ширину сиденья по всей площади в зависимости от габаритов ребенка для равномерного распределения его массы по всему стулу и предотвращения образования пролежней.

Кресла-коляски применяют для самостоятельно не передвигающихся детей. Выбор конкретного варианта не отличается от обычного, учитывается высота, вес, ширина и глубина кресла-коляски. Кресла-коляски могут быть бывают 3-х видов - комнатные, прогулочные и комбинированные.

Первый вариант самый распространенный. Это универсальные коляски

небольших размеров для дома. Они отличаются хорошей маневренностью и маленьким объемом. Их также можно использовать для прогулок, но лучше сперва заранее подобрать место с ровной дорогой.

Второй вариант - прогулочные. Они также имеют множество подвидов. Для совсем маленьких это обычные уличные коляски с детьми. Под них специально делают пневматические шины и множество регулировок по подлокотникам, спинки и ручек. Также они оборудованы защитой от дождя, солнца и любых других внешних воздействий. Для безопасности предусмотрены фиксирующие ремни. Большинство прогулочных колясок могут быстро складываться для удобства переноски.

И последний вид - комбинированные. Это универсальные модели для дома и улицы. Они вобрала в себя все лучшие функции от комнатных и прогулочных решений.

Для детей с нетяжелыми двигательными нарушениями предусмотрены коляски с ручками и большими колесами сзади. Приводить ее в движение сможет ребенок и взрослый, помогая ему учиться самостоятельному передвижению.

Кресла-стулья с санитарным оснащением для детей с тяжелыми нарушениями, которые часто не имеют возможности менять свое местоположение. Для этого было разработано множество специального оборудования приспособлений с санитарным оснащением. Они облегчают пересадку детей и любых других больных пациентов во время реабилитации.

Практически все подобное оборудование представляет собой насадку или сиденье, устанавливаемые поверх унитазов, ванн, раковин и душа. Для исключительных случаев, когда нет возможности пересадить пациента, используется кресло-стул с санитарным оснащением.

Как правило, конструкции данного типа проектируются с расчетом на универсальность. Но все некоторые параметры учитываются индивидуально. Например, наличие дополнительных подлокотников, тормоза для колес (при наличии), цвет и само оснащение. Каждая модель ориентирована на человека определенных габаритов, поэтому необходимо учитывать его вес и рост при подборе.

Ходунки используются для обучения навыкам ходьбы детей, а также для облегчения передвижения пожилых людей и с инвалидностью. Они подбираются индивидуально в зависимости от назначения. Определенные модели рассчитаны на постоянное использование, а другие используют в реабилитационных целях. Наиболее распространены 2 вида ходунков: с ножками и с колесиками. Первый вариант хорошо подойдет на первые дни восстановления, когда важна максимальная устойчивость. Широкий модельный ряд позволяет подобрать наиболее подходящий вариант. Почти все они имеют регулировку по высоте в зависимости от роста ребенка. Неправильная на-

стройка может привести к нарушению осанки и другим проблемам с позвоночником.

Следующим параметром при выборе ходунков для реабилитации является вес. Необходимо учитывать максимально возможную нагрузку, особенно, если планируется некоторая активность.

Некоторые модели оснащаются дополнительными рукоятками и подлокотниками. В более доступных ходунках они выполнены из пластика, но можно подобрать варианты с мягким покрытием.

И последним параметром выбора ходунков является размер колес и система торможения. Если все передвижения ограничены домом, то используются небольшие колеса, а в остальных случаях - большие в зависимости от качества дороги. Все они подвержены ремонту в случае поломок. Для торможения используют пневматическую или блокирующую систему.

Выбор любого оборудования для ребенка с двигательными нарушениями может осуществить только специалист. Оборудование должно соответствовать определенным техническим характеристикам и индивидуальным особенностям ребенка. Правильно подобранное оборудование и соблюдение всех рекомендаций врача ускорит процесс реабилитации, а также существенно улучшит качество жизни ребенка.

Для разработки программ социально-педагогической реабилитации изучался имеющийся опыт оказания социально-педагогической помощи, изложенный в литературных источниках [13].

В основу рекомендуемых программ положена система пошагового обучения Е.В.Ключковой [9]. Преимущество пошаговой системы состоит в том, что она позволяет быстро и эффективно обучить ребенка с особенностями развития определенному навыку. Используется система поощрений (внимание, пищевое подкрепление – любимая еда или питье, любимые занятия и т. п.).

Для каждого навыка расписаны последовательно шаги – от простого к сложному шагу. Помощь взрослого по мере освоения действий внутри навыка уменьшается в объеме, сворачивается от физической помощи к жесту, а затем – к словесной инструкции [9].

Изучался опыт составления домашних программ для семьи ребенка с проблемами в развитии родителей. На основе изучения практического опыта применения МКФ в Институте раннего вмешательства г.Санкт-Петербурга (ИРАВ) по программе «Практика применения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков для построения программ раннего вмешательства» была составлена технология проведения комплексной оценки проблем психосоциального развития и составление программ помощи семьям детей раннего возраста.

2 ОЦЕНКА ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Оценка проблем психофизического и социального развития детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития осуществляется на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков. Основная цель комплексной оценки проблем психосоциального развития детей в соответствии с МКФ – через выявление нарушений и других факторов, препятствующих активности и участию ребенка в различных сферах жизни, разработать индивидуальную программу развития его активности и участия в важных сферах жизни с учетом всех конкретных условий.

Порядок и содержание комплексной оценки в рамках МКФ изложены в методических рекомендациях «Система комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста» – Алматы 2016 [14].

В данных рекомендациях будет рассмотрена преимущественно технология оценки проблем социально-коммуникативного и двигательного развития ребенка с тяжелыми (двигательными) и множественными нарушениями. Проведение оценки развития ребенка включает в себя несколько этапов.

Первый этап – первая встреча с родителями. На эту встречу родители приглашаются без ребенка. Ее проводит обычно один специалист, как правило, врач (реабилитолог, педиатр или невролог), но может также провести психолог или педагог. Задачами этого этапа являются:

- сбор фактических данных о ребенке и семье (ФИО, возраст, адрес и т.д.);

- выяснение запроса семьи: у родителей спрашивают, что они хотят получить от специалистов; на какие вопросы они хотят найти ответ, какую помощь от специалистов ждут;

- уточнение проблем ребенка с точки зрения родителей. Здесь важно выяснить у родителей не столько информацию о диагнозах ребенка, выставленных в различных организациях, а какие проблемы ребенка волнуют их самих: что трудно делать им и ребенку в повседневной жизни. В беседе специалист старается определить приоритеты в родительском запросе. Родители могут обозначить достаточно широкий круг жалоб и проблем. Однако, важно выделить именно те, решение которых в данный момент для родителей насущно;

- сбор данных медицинского анамнеза включает выяснение: наличия заболеваний с момента рождения и до настоящего времени, соматического статуса ребенка, состояние слуха, зрения. Эти сведения собираются на основе изучения различных медицинских документов, результатов медицинских исследований;

- выяснение особенностей психосоциального развития в аспектах активности и участия ребенка в типичных для его возраста и условий проживания сферах и деятельности. Особенности жизнедеятельности ребенка выясняются в ходе беседы с родителями, направленной на уточнение активности и участия ребенка в таких сферах МКФ как: получение и применение знаний; общие задачи и указания; коммуникация, мобильность; забота о собственном теле и здоровье; межличностное взаимодействие; основные жизненные сферы; общественная жизнь (Приложение. Полный перечень вопросов, предлагаемых родителям, в ходе беседы представлен в вышеупомянутых рекомендациях [1];

- оценка проблем ребенка родителями в форме интервью посредством Канадской оценки выполнения деятельности (COMP) [8]. В ходе интервью родители оценивают наиболее значимые с их точки зрения навыки (держать голову, сидеть, кушать ложкой и т.д.) по 10- бальной шкале. Навыки оценивались по таким критериям как 1) важность навыка для развития ребенка; 2) качество его выполнения; 3) удовлетворенность родителями выполнением этого навыка ребенком. (Приложение А).

На основании данных, полученных от родителей на первой встрече, складывается гипотеза о возможных проблемах ребенка, а также его возможностях, интересах и предпочтениях. Это позволяет более эффективно организовать будущую встречу с ним: продумать тактику обследования, определить команду специалистов, подобрать соответствующие и интересные для ребенка игрушки или предложить принести любимые; предусмотреть необходимое оборудование для исследования двигательной активности.

Второй этап – обследование ребенка и обсуждение его результатов с родителями. Вторая встреча проводится не позже одной недели после первой встречи. На нее приглашаются родители вместе с ребенком; при желании родителей в ней могут принять участие другие значимые для ребенка люди: бабушка, сестра или брат, няня. Задачами этого этапа являются:

- обследование ребенка по основным областям развития, представленным в МКФ: получение и применение знаний; коммуникация, мобильность; забота о собственном теле и здоровье; межличностное взаимодействие; главные сферы жизни (Приложение В);

- выявление сильных сторон, способностей ребенка;

- оценка нарушений и проблем развития ребенка;

- выявление влияния благоприятных и препятствующих факторов окружающей среды на развитие ребенка, его активность и участие;

- совместное обсуждение с родителями проблем ребенка. Предоставление родителям информации согласно их запросу. Уточнение иерархии проблем: какие проблемы ребенка в повседневной жизни ребенка сейчас наиболее актуальны и, прежде всего, требуют проведения работы по их преодолению;

- определение основных целей индивидуальной программы развития.

Для проведения этого этапа требуется создание определенных условий и соблюдение некоторых требований.

Организационные условия и требования к проведению обследования:

- обследование проводится в достаточно просторной (15-20 кв.м) и теплой комнате. На полу должно быть ковровое покрытие (2х3м);

- оборудование для обследования ребенка предусматривает различные игрушки для детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, оборудование для оценки двигательных способностей ребенка (модули, валики, специальные приспособления, терапевтические укладки и пр.). Можно также попросить принести игрушки и те приспособления для сидения или ходьбы, которые родители используют дома;

- попросить родителей принести с собой личную посуду ребенка, из которой он обычно ест и пьет дома (бутылочку, поильник или кружку, ложку, тарелочку), а также еду, которую обычно ест дома руками и ложкой (банан, печенье, кашку, йогурт, творожную смесь) и напиток. Все это необходимо для исследования умения ребенка самостоятельно или с помощью есть и пить;

- важно, чтобы ребенок во время обследования был здоров, спокоен, находился в состоянии активного бодрствования; после приема пищи должно пройти не менее 40 минут. Для соблюдения этого требования необходимо предварительно выяснить у родителей, какое время дня будет наиболее комфортным для ребенка;

- обследование проводят врач (реабилитолог или невролог), педагог по физическому развитию (ЛФК), специальный педагог или психолог, социальный педагог. Один из специалистов является на приеме ведущим, он отвечает за соблюдение последовательности в выполнении всех процедур, решении всех задач первичного приема;

- специалисты на протяжении всей встречи взаимодействуют между собой и с родителями, разъясняют и комментируют им все происходящее;

- в ходе обследования ведется его протокол, в котором специалисты фиксируют поведение и навыки ребенка на приеме. Если какой-то навык ребенок не демонстрирует на приеме, а родители отмечают, что ребенок это делает, то в протоколе делается запись “со слов мамы”;

- время проведения первичного приема приблизительно 45-60 минут. Если в течение этого времени не все задачи решены, обследование может быть продолжено на третьей встрече. Перерыв между встречами не должен превышать 1 недели.

Алгоритм проведения приема:

- приветствие и знакомство с семьей. Мама с ребенком и специалисты располагаются на ковре. Ребенок находится рядом с мамой, в контакт с ним сразу не вступают, а предоставляют время для адаптации к незнакомой обстановке и людям. На ковре, в зоне доступа и вне ее, раскладывают различные игрушки, предметы;

- сообщение ведущим специалистом о цели встречи, времени и плана ее проведения. Далее можно поговорить о ребенке в контексте ситуации: как обычно ведет себя ребенок в незнакомой обстановке; во что любит играть и т.д.

Во время беседы с матерью педагог-дефектолог или психолог вступает в контакт с ребенком и проводит свое обследование [14];

- после психолого-педагогического обследования проводится исследование двигательной активности педагогом ЛФК и неврологическое обследование врачом-неврологом;

- социальный педагог при необходимости предлагает покормить или попить ребенка с целью наблюдения степени овладения им этими навыками;

- подведение итогов обследования: обсуждение с родителями сильных и слабых сторон развития ребенка;

- обсуждение и принятие решений о дальнейших действиях. Первичные рекомендации (например, дополнительное обследование у врачей сурдолога или офтальмолога);

- завершение встречи: кратко подводятся итоги обследования, назначается дата следующей встречи, на которой родителям будет представлена индивидуальная программа развития для ребенка.

Алгоритм обследования ребенка:

- предоставить время ребенку для адаптации и изучения окружающего (игрушки в поле видимости, часть из них в зоне досягаемости). Во время беседы с мамой наблюдаем за ребенком: к чему (кому) проявляет интерес. Через 3-5 мин., если ребенок проявляет больше интерес к игрушкам и осуществляет с ними действия, то переходим к п. 3. Если ребенок пассивен или больше разглядывает лица людей, то вступаем в эмоциональный контакт с ним – п. 2;

- коммуникация. Обращаемся к ребенку: зовем по имени, ласково приветствуем, смотрим в глаза, разговариваем. Если ребенок не расположен к вступлению в контакт, то просим маму поиграть с ребенком так, как она

обычно это делает. В ходе установления контакта играем с ребенком в «Ку-ку», «Ладушки», «Коза рогатая». Обращаем внимание, как общается ребенок:

- проявляет ли интерес к общению, намеренность и инициативу в общении (следует периодически делать паузы в общении, чтобы ребенок сам проявил намеренность и инициативу в контакте);

- как реагирует (понимает) на обращенные к нему мимику, интонацию, жесты, слова;

- использует сам мимику, интонацию, жесты, слова для взаимодействия;

- подражает действиям, звукам, словам специалиста или мамы;

- речь. В ходе обследования: позвать по имени спросить: «Где мама? Где носик, глазки, ушки?»

- попросить дать, принести, показать машинку, мячик, «ав-ав», «мяу» и т.п. попросить назвать предметы и игрушки (чудесный мешочек): «Ой, кто это?»

В зависимости от речевых возможностей ребенка можно предложить рассматривать картинки и отвечать на вопросы по ним. Если ребенок не поддерживает речевой контакт, уточняем у мамы его речевые возможности.

- манипуляции и действия с предметами. Игра. Мелкая моторика. Бимагуальная активность. Зрительные и слуховые реакции;

- привлекаем внимание ребенка к игрушкам: вызываем реакцию совместного внимания: обращаемся к нему с привлекающей внимание интонацией: «Смотри, смотри сюда! Что там есть»;

- наблюдаем, как ребенок играет с игрушками: к каким игрушкам проявляет интерес, как исследует, использует ли их по назначению. Присоединяемся к игре, организуем игровое взаимодействие (с мячом, машинкой или куклой), предлагаем ему выполнить совместные действия. Если ребенок не играет - сами показываем действия с игрушками, провоцируя его на подражание. Обращаем внимание как ребенок реагирует на игровой контакт взрослого: игнорирует, протестует, допускает, принимает, наблюдает, копирует и подражает;

- предлагая игрушку, проверяем зрительные ориентировочные реакции: фиксация и прослеживание игрушки: привлечь внимание ребенка, поместить игрушку по средней линии на расстоянии 30см. от лица ребенка, перемещать предмет в различных направлениях;

- предлагаем ребенку взять предметы различной формы (палочку, кубик, мячик), мелкие предметы, с левой и правой стороны. Особенности захвата: всей ладонью («грабелкой»), с отведением большого пальца, пинцетный, щипцовый;

- предлагаем подтягивать тележку за веревочку, отталкивать мячик.

Во время действий с предметами наблюдаем как ребенок: действует пра-

вой и левой рукой, пересекает ли среднюю линию, хлопает в ладоши, может соотносящими действиями двумя руками собирать пирамидку.

Проверяем зрительные и слуховые ориентировочные реакции, и решение проблем (осознает цель, стремится целенаправленно ее достичь):

- заинтересовать игрушкой ребенка, положить перед ним и как только он потянется к ней накрыть ее платком (повт. 3 раза) – для детей 6-12 мес.

- заинтересовать игрушкой ребенка и на его глазах спрятать в одну из двух коробок, стоящих перед ребенком (повт. 3 раза) – для детей 1-2 лет.

- издавать звуки различными предметами в течение 3-5 секунд на расстоянии от 2 м до 15 см головы ребенка на уровне уха (слуховое сосредоточение, локализация звука в пространстве).

- мобильность (крупная и мелкая моторика). Педагог ЛФК наблюдает за двигательной активностью ребенка в ходе приема и предлагает ребенку различные виды активности, в т.ч. с использованием специальных приспособлений для исследования навыков крупной моторики. Исследование двигательной сферы (мобильности) осуществляется по критериям МКФ: поддержание положения тела, переход из одного положения тела в другое, перемещение.

Схема исследования двигательной сферы (по МКФ):

Крупная моторика:

1. Поддержание положения тела:

- может лежать на спине, животе, на лев., прав. боку;

- может сидеть с вытянутыми ногами, со спущенными со стула ногами, на коленях;

- может стоять у опоры, за ручку, самостоятельно.

2. Переход из одного положения тела в другое:

- переворачивается со спины на живот и наоборот

- садится из положения лежа, ложится,

- встает из положения лежа, сидя на колени,

- встает из положения сидя на ноги, держась за опору,

- встает самостоятельно,

- забирается на диван, слезает с него и с кровати,

- садится из положения стоя (приседает).

3. Перемещение:

- перекачивается телом;

- ползает: подтягивая ноги (без реципрокного паттерна), на попе, реципрокно;

- ходит с ходунками, у опоры, за ручку, самостоятельно (несколько шагов), неуверенно, уверенно.

Мелкая моторика:

- дотягивание, хватание, удержание, отпускание, перенос, подтягивание

и отталкивание, манипулирование с предметами, бимануальная активность (использование правой и левой руки в действиях с предметами).

Прием пищи и питье:

предлагаем печенье, банан и наблюдаем: сам держит в руке печенье, пр. и ест. Предлагаем пищу, которую едят ложкой - наблюдаем: кормит мама, снимает пищу с ложки, ест сам ложкой;

- предлагаем пить и наблюдаем: пьет из чашки, которую держит взрослый, сам держит чашку и пьет или пьет из поильника.

Одевание, раздевание:

- просим надеть шапку и наблюдаем снимает ли сам шапку потом- пытается надеть на себя. Предлагаем снять обувь, носки;

- при одевании ребенка наблюдаем - протягивает ручки, ножки, когда его одевают и обувают.

Третий этап комплексной оценки развития ребенка. На этом этапе происходит непосредственная оценка развития ребенка в соответствии с нормативами двигательного развития (Приложение Г), критериями психолого-педагогической оценки психического развития ребенка, а также критериями и параметрами МКФ [14]. Эта работа осуществляется в ходе заполнения формы первичного обследования (Приложение В). Общая междисциплинарная оценка психосоциального развития ребенка осуществляется по следующим параметрам:

- что ребенок может делать (по каждой области развития);

- какие проблемы (в каждой области развития);

- какие барьеры окружающей среды препятствуют активности и участию (в каждой области развития);

- какими облегчающими факторами обладает семья для развития активности и участия ребенка.

Результаты обследования вносятся в форму первичного обследования, куда также выносятся общее заключение, отражающее основные проблемы ребенка, а также барьеры и облегчающие факторы.

3 РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗВИВАЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ

Индивидуальные развивающие программы разрабатываются для семей, воспитывающих детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми или множественными нарушениями: нарушением интеллекта, опорно-двигательного аппарата и зрения для реализации их в домашних условиях.

Программы составляются (предлагаются) при желании и стремлении родителей самим проводить работу по формированию желаемых навыков у ребенка в домашних условиях. Последний критерий является основным и решающим, поскольку эффективность программы зависит от заинтересованности родителей включиться в процесс развивающего обучения ребенка.

Программа представляет собой пошаговый план формирования конкретного навыка, и родители, опираясь на пошаговую инструкцию, обучают ребенка навыку.

Основные задачи программы:

- способствовать формированию и использованию конкретного навыка у ребенка в домашних условиях;
- обучение родителей умению развивать двигательные, социально-бытовые и коммуникативные навыки у детей в повседневной жизни;
- повышение родительской уверенности и компетентности в формировании навыков у детей;
- нормализация и повышение качества повседневной жизни ребенка и семьи;
- повышение ответственности родителей в ежедневной помощи ребенку, ежедневная помощь родителей в социальной реабилитации ребенка.

Требования к составлению программы:

- программа составляется на основе запроса и потребностей семьи, она максимально должна быть вписана в привычную жизнь семьи и способствовать повышению активности и участия ребенка в ней;
- программа должна включать не более 4-х целей по формированию навыков, поскольку большее количество формируемых навыков может утомлять как ребенка, так и родителей и соответственно оказаться мало результативной;
- содержание программы должно быть четко структурировано, пошагово и последовательно изложено. Текст программы должен быть краткий, изложенный доступным для понимания родителей языком;

- структура программы состоит из следующих компонентов: цель, этап, задачи этапа, а также указание – кто и как будет делать. Указывается кратность и продолжительность тех или иных игр и упражнений;

- в программу следует включать описание различных способов и приемов эмоционального стимулирования, поддержки и похвалы ребенка на каждом этапе формирования навыка. Важно, чтобы родители учили своих детей на основе интереса и мотивации ребенка выполнять то, что они предлагают, а не на принуждении и натаскивании;

- при составлении программы (различных игр и упражнений) необходимо учитывать сильные стороны, интересы, любимые игры или занятия, а также индивидуальные потребности ребенка;

- важно учитывать возможности и ресурсы родителей для проведения развивающей работы на основе учета их возрастного, временного, социально-образовательного, а также различных семейно-психологических и иных факторов;

- следует учитывать и использовать потенциал и возможности всех членов семьи: братьев, сестер, бабушек, дедушек;

- последовательность формирования коммуникативных и социально-бытовых навыков происходит в одном и том же алгоритме: сначала ребенок выполняет действие с мамой, затем помощь постепенно уменьшается (помощь и ее уменьшение четко дозируется и регламентируется) до степени, когда ребенок практически сам выполняет действие от начала до конца.

Для разработки программ по развитию двигательных функций рекомендуется использовать разработанную нами уровневую систему нарушений моторного развития на основе оценки уровня и характера двигательных нарушений моторного развития (табл. 2).

Таблица 2 - Основные направления развивающей работы в соответствии с уровнями нарушений моторного развития у детей

Уровень нарушений	Характеристика нарушений двигательного развития	Основные направления развивающей работы
I уровень	<ul style="list-style-type: none">- преобладает тонические рефлексы- мышечный тонус патологически высокий или низкий (вялость) - не удерживает голову- удерживает голову кратковременно;- не сохраняет позу, лежа на животе: не может лежать на полу всем телом, отмечается вынужденная поза – голова повернута на бок, руки в стороны или одна приведена к туловищу, ноги согнуты в коленях, таз приподнят	<p>приемы и упражнения на снижение тонуса (спастичности), уменьшение гиперкинезов</p> <p>комплекс упражнений по формированию навыка удержания головы</p>

II уровень	<ul style="list-style-type: none"> - не переворачивается - не удерживает позу лежа на боку: заваливается на живот или на спину - удерживает кратковременно или не удерживает предмет, вложенный в руку из-за патологически повышенного (руки зажаты в кулачки) или сниженного (руки вялые) тонуса; - не совершает захвата предмета (координация глаз-рука) - не тянет предмет в рот 	<p>комплекс упражнений по формированию навыка -переворачиваться с живота на спину и обратно</p> <p>комплекс упражнений на развитие навыка удерживания предмета в кулаке</p>
III уровень	<ul style="list-style-type: none"> - не сохраняет позу сидя с опорой на руки - не ползает по-пластунски - не осуществляет манипуляций с предметами 	<p>упражнения на формирование навыка сидеть с опорой</p> <p>обучение навыку ползания</p> <p>упражнения для развития манипулятивной функции рук</p>
IV уровень	<ul style="list-style-type: none"> - не сохраняет позу сидя с опорой на руки - не захватывает, ощупывает, рассматривает, тянет в рот и опускает предметы 	<p>упражнения для тренировки способности самостоятельно садиться</p> <p>упражнения и игры развитие навыков захвата, ощупывания и рассматривания предметов</p>
V уровень	<ul style="list-style-type: none"> - не сидит самостоятельно, неуверенно, заваливается на бок - не ползает на четвереньках и не перекладывает из руки в руку предметы - не осуществляет манипуляций с предметами: не трясет, не стучит не перекладывает из руки в руку 	<p>упражнения на закрепление навыка сидеть самостоятельно</p> <p>ползать на четвереньках</p> <p>игры и упражнения на развитие манипулятивной деятельности</p>
VI уровень	<ul style="list-style-type: none"> - не встает с колен - не стоит, держась за опору - не осуществляет различных манипуляций с предметами: не сжимает, не оттачивает, не кидает, не стучит предметом об предмет, не манипулирует одновременно с двумя-тремя предметами, не хлопает в ладоши 	<p>обучение навыку вставания с колен</p> <p>упражнения для тренировки навыка вставания на ноги</p> <p>игры и упражнения на развитие манипулятивной деятельности</p>

VII уровень	- не ходит самостоятельно	упражнения для формирования навыка ходьбы
VIII уровень	- не ходит самостоятельно, неуверенная, плохо координированная походка	упражнения для тренировки совершенствования и координации ходьбы

В соответствии с уровнем двигательных нарушений подбирается комплекс упражнений, приемов и игр (Приложение Д). Определяются основные направления по развитию социально-бытовых навыков и последовательность работы по их формированию (Приложение Е).

Далее все приемы, игры и упражнения по различным областям развития включаются в одну общую развивающую программу для ребенка и его семьи. Варианты индивидуально-развивающих программ для детей с различными тяжелыми и множественными нарушениями представлены в Приложении Ж.

После составления программы специалисты приглашают родителей вместе с ребенком на встречу и представляют им программу. Цель встречи - консультирование и разъяснение родителям того как они будут обучать ребенка тому или иному навыку.

В ходе детального инструктажа (по пунктам программы) по формированию навыков, специалисты, контактируя с ребенком, показывают родителям, каким образом они будут играть, общаться и выполнять различные действия с ребенком, чтобы достигнуть цели программы.

Обращается особое внимание на разных важных деталях, подчеркивается важность регулярной работы родителей, необходимости и важности похвалы, поддержки и одобрения ребенка за самый маленький проделанный шаг в формировании навыка, игнорировании нежелательного поведения и пр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам повторного обследования и анкетирования была выявлена следующая динамика в формировании двигательных и социально-бытовых навыков у детей.

Для оценки и анализа эффективности экспериментальных развивающих программ проводились повторные обследования детей и обсуждения (опросы) родителей по результатам выполнения этих программ. Оценка эффективности программ осуществлялась родителями посредством «Канадской оценки выполнения деятельности (СОМР)». СОМР разработана как система оценки эффективности в баллах с целью использования их для сравнения при повторной оценке.

Анализ результатов первичной и повторной оценки родителями при использовании СОМР выявляет изменение средних значений выполнения различным навыкам от 1,75 до 2,75 баллов и удовлетворенности этим выполнением от 2 до 4 и более баллов (согласно СОМР - изменения на 2 и более баллов являются клинически значимыми).

Результаты анкетирования родителей показывают, что основная часть родителей (82%) удовлетворена своей работой по формированию двигательных и социально-бытовых навыков у детей в домашних условиях. По мнению родителей, программы достаточно эффективны для использования в домашних условиях.

Качественный анализ работы по формированию навыков у детей по результатам обследования, анкетирования и бесед с родителями также выявляет положительную динамику. Родители выражают удовлетворение тем, что ребенок:

- стал понимать и выполнять словесную инструкцию;
- при неполном усвоении навыка стал более умелым и эффективным, стал хорошо принимать помощь.

Родители отмечают положительные изменения в себе:

- стали более уверенными в воспитании ребенка;
- стали более умелыми; у родителей стало получаться учить детей;
- стали лучше видеть сильные стороны ребенка, поверили в его возможности.

Результаты повторного обследования ребенка и встречи с родителями показали достаточную эффективность разработанных развивающих программ, что позволяет рекомендовать внедрение этой формы оказания помощи семьям детей с тяжелыми и множественными нарушениями в практическую деятельность специалистов организаций образования, здравоохранения и социальной защиты.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ, краткая версия. – Брюссель: Всемирная Организация Здравоохранения, 2001.
2. Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности: утверждены на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН 20 декабря 1993 года.
3. Декларация о правах инвалидов: принята резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 года.
4. Конвенция о правах ребенка: одобрена Генеральной Ассамблеей ООН от 20 ноября 1989.
5. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве /под ред. Е.В.Кожевниковой, Е.В.Клочковой. - СПб., 2007.
6. Философия здоровья: от лечения к профилактике и здоровому образу жизни: руководство для врачей, специалистов по реабилитации и студентов / под ред. Е.В.Клочковой. –М., 2009.
7. Канадская оценка выполнения деятельности /Мэри Ло, Сью Баптист, Энн Карсвелл [и др.]: пер.С. Мальцев. - Душанбе: [б.и.], 2010 – 209с.
8. Варшавская декларация «Права человека в отношении умственно отсталых лиц»: принята 24 октября 1995 года.
9. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy/ Palisano R., Rosenbaum P., Walter S. [и др.]: Developmental Medicine and Child Neurology.
10. Постуральный менеджмент <https://specialgarden.ru/marshrut-reabilitacii-pod-klyuch/posturalnyy-menedzhment-24-7>.
11. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы /Е.В.Клочкова.- М. : Теревинф, 2014.- с.15-21.
12. Правила восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации:приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98; новая редакция утверждена Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 февраля 2020 года № ҚР ДСМ-9/2020.
13. Как учить и развивать детей с нарушениями развития: Курс лекций и практических занятий для персонала медицинских учреждений, составленный доктором Карлом Грюневальдом/ науч. ред. Е.В. Кожевникова, Н.Ю. Баранова, Е.В Клочкова.- СПб.:Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2000.
14. Система комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста: методические рекомендации /А.К.Ерсарина, Р.К. Айтжанова, А.К. Кенжеева [и др.]. – Алматы: ННПЦКП, 2016.

Приложение А

Оценка выполнения деятельности (СОМР)

Цели по программе	ВЫПОЛНЕНИЕ Как выполняет навык ваш ребенок?	ВАЖНОСТЬ На сколько этот навык важен для развития вашего ребенка?	УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ На сколько вы удовлетворены выполнением этого навыка?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не легко могу делаю выполнить	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем очень не имеет важно значения	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не легко могу делаю выполнить	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем очень не имеет важно значения	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не легко могу делаю выполнить	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем очень не имеет важно значения	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не легко могу делаю выполнить	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 совсем очень не имеет важно значения	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 не полностью удовлетворена удовлетворена

Приложение Б

СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ КРУПНОЙ МОТОРИКИ (R. Palisano с соавт., 1997)

	До двух лет	От двух до четырех лет	От четырех до шести лет	От шести до двенадцати лет
Уровень I	<p>Дети самостоятельно садятся и переходят из положения сидя в другие положения. Сидят на полу и используют обе руки для манипуляций предметами. Дети ползают на четвереньках, подтягиваясь руками, встают и делают шаги, держась за мебель. Дети начинают самостоятельно ходить между полутора и двумя годами жизни, им не требуется никаких приспособлений для ходьбы.</p>	<p>Дети сидят на полу, освободив обе руки для манипулирования предметами. Самостоятельно переходят в положение сидя на полу и из положения сидя на полу в другие позы и встают без помощи взрослых. Дети предпочитают передвигаться с помощью ходьбы, не нуждаясь в каких-либо вспомогательных приспособлениях.</p>	<p>Дети самостоятельно забираются на стул и слезают со стула; сидят на стуле, не нуждаясь в опоре на руки; перемещаются из положения сидя на полу и сидя на стуле в положение стоя, не нуждаясь в предметах для опоры. Дети ходят в доме и за пределами дома, и самостоятельно поднимаются по ступенькам. Появляется способность бегать и прыгать.</p>	<p>Дети самостоятельно ходят дома и на улице и поднимаются по ступенькам без каких-либо ограничений. Дети используют навыки крупной моторики, включая бег и прыжки, но скорость, равновесие и координация движений у них снижены.</p>
Уровень II	<p>Дети поддерживают положение сидя на полу, но иногда нуждаются в опоре на руки для поддержания равновесия. Дети ползают на животе или на четвереньках, подтягиваясь руками, встают и делают шаги, держась за мебель.</p>	<p>Дети сидят на полу, но могут испытывать трудности с поддержанием равновесия, когда необходимо освободить обе руки для манипулирования предметами. Самостоятельно переходят в положение сидя и из положения сидя в другие позы без помощи взрослых. Дети подтягиваются в положение стоя на стабильной поверхности. Дети ползают на четвереньках с поочередными движениями конечностей (реципрокный образец движения); ходят, держась за мебель. Дети предпочитают передвигаться с помощью ходьбы, используя приспособления, помогающие при ходьбе.</p>	<p>Дети сидят на стуле, освободив обе руки для манипулирования предметами; перемещаются с пола в положение стоя и встают из положения сидя на стуле, но часто нуждаются в стабильной поверхности, чтобы оттолкнуться или подтянуться руками. Дети ходят дома, не нуждаясь в каком либо приспособлении для ходьбы, и на короткие расстояния по ровной поверхности вне дома; взбираются по ступенькам, держась за перила, но не могут бегать или прыгать.</p>	<p>Дети ходят дома и вне дома и забираются по ступенькам, держась за перила, но сталкиваются с ограничениями, когда ходят по неровным и наклонным поверхностям, когда необходимо идти в толпе или в ограниченном пространстве. У детей в лучшем случае есть минимальная способность использовать такие навыки крупной моторики как бег и прыжки.</p>

Уровень III	<p>Дети могут поддерживать позу сидя на полу при поддержке нижней части спины. Дети самостоятельно переворачиваются и ползут вперед на животе.</p>	<p>Дети поддерживают позу сидя на полу, часто сидят в позе W (сидят между согнутых и ротированных вовнутрь бедер и коленей), для того, чтобы сесть, им, возможно, требуется помощь взрослого. Дети самостоятельно ползают на животе или на четвереньках часто без поочередного движения ног (не реципрокный образец движения) и используют ползание в качестве предпочитаемого способа самостоятельного передвижения. Дети могут подтягиваться в положение стоя на стабильной поверхности и перемещаться на короткие расстояния. Дети могут ходить на короткие расстояния дома, используя приспособления для передвижения и с помощью взрослого для поддержания направления движения и поворотов.</p>	<p>Дети сидят на обычном стуле, но могут нуждаться в поддержке таза или корпуса для того, чтобы максимально использовать руки; самостоятельно садятся на стул и поднимаются со стула, используя стабильную поверхность, чтобы отталкиваться или подтягиваться руками. Дети ходят с помощью специальных приспособлений для ходьбы по ровной поверхности и взбираются на лестницу, часто с помощью взрослого. Обычно нуждаются в пассивном перемещении (перевозке) при путешествии на дальние расстояния или вне дома по неровной поверхности.</p>	<p>Дети ходят дома или вне дома по ровной поверхности с помощью приспособлений для ходьбы; могут взбираться на ступеньки, держась за перила, в зависимости от функциональных возможностей верхних конечностей. Могут толкать коляску руками или их нужно пассивно перемещать (перевозить), когда они путешествуют на дальние расстояния или вне дома по неровной местности.</p>
Уровень IV	<p>Дети контролируют положение головы, но для того, чтобы сидеть на полу, нужна поддержка туловища. Дети могут самостоятельно переворачиваться на спину и, возможно, на живот.</p>	<p>Дети сидят на полу, если их посадить, но не могут выравнивать положение тела и поддерживать равновесие без использования рук для поддержки; часто нуждаются в адаптивном оборудовании для того, чтобы сидеть и стоять. Самостоятельно перемещаются на короткие расстояния (в пределах комнаты) с помощью перекатывание, ползания на животе или на четвереньках без поочередного движения ног (не реципрокный образец движения).</p>	<p>Дети сидят на стуле, но нуждаются в том, чтобы их посадили в правильную позу для контроля за положением туловища и для того, чтобы максимально использовать функции рук. Дети встают и садятся на стул с помощью взрослого или отталкиваясь, или опираясь руками о стабильную поверхность. В лучшем случае могут проходить короткие расстояния с помощью ходунков и под наблюдением взрослого, но им трудно поворачивать и сохра-</p>	<p>Дети могут поддерживать уровень функционирования, которых они достигли до возраста 6 лет, или в большей степени полагаться на использование коляски для перемещения по дому, в школе и там, где свободно ходят другие люди. Дети могут самостоятельно перемещаться, только используя коляску с мотором.</p>

			<p>нять равновесие на неровной поверхности. Детей пассивно перемещают там, где свободно ходят другие люди (в магазине, в школе, на улице, в транспорте и т.д.); могут самостоятельно перемещаться, только используя коляску с мотором.</p>	
<p>Уровень V</p>	<p>Двигательные нарушения ограничивают произвольный контроль за произвольными движениями. В положении сидя или на животе дети не могут поддерживать положение головы и туловища против действия силы тяжести. Необходима помощь взрослого, чтобы перевернуться.</p>	<p>Двигательные нарушения ограничивают контроль за произвольными движениями. В положении сидя или на животе дети не могут поддерживать положение головы и туловища против действия силы тяжести. Все области двигательного функционирования ограничены. Функциональные ограничения в положении сидя и стоя не могут быть полностью компенсированы с помощью специального оборудования и иных приспособлений. Дети не могут передвигаться независимо. Некоторые дети достигают способности передвигаться самостоятельно, но только с использованием сильно адаптированной инвалидной коляски с мотором.</p>	<p>Двигательные нарушения ограничивают контроль за произвольными движениями. В положении сидя или на животе дети не могут поддерживать положение головы и туловища против действия силы тяжести. Все области двигательного функционирования ограничены. Функциональные ограничения в положении сидя и стоя не могут быть полностью компенсированы с помощью специального оборудования и иных приспособлений. Дети не могут передвигаться независимо. Некоторые дети достигают способности передвигаться самостоятельно, но только с использованием сильно адаптированной инвалидной коляски с мотором.</p>	<p>Двигательные нарушения ограничивают контроль за произвольными движениями. В положении сидя или на животе дети не могут поддерживать положение головы и туловища против действия силы тяжести. Все области двигательного функционирования ограничены. Функциональные ограничения в положении сидя и стоя не могут быть полностью компенсированы с помощью специального оборудования и иных приспособлений. Дети не могут передвигаться независимо. Некоторые дети достигают способности передвигаться самостоятельно, но только с использованием сильно адаптированной инвалидной коляски с мотором.</p>

Общая характеристика.

Уровень I

Ходят без каких-либо ограничений; ограничения в более сложных навыках крупной моторики.

Уровень II

Ходят без вспомогательных приспособлений; ограничения ходьбы вне дома и там, где свободно ходят другие люди (в магазине, в школе, на улице, в транспорте и т.д.).

Уровень III

Ходит с помощью специальных приспособлений для ходьбы; ограничения при ходьбе вне дома и там, где свободно ходят другие люди (в магазине, в школе, на улице, в транспорте и т.д.).

Уровень IV

Самостоятельное перемещение ограничено; дети перемещаются пассивно или используют коляски с мотором вне дома и там, где свободно ходят другие люди (в магазине, в школе, на улице, в транспорте и т.д.).

Уровень V

Самостоятельное перемещение резко ограничено, полностью зависимы от помощи окружающих.

Различия между уровнем 1 и 2.

По сравнению с детьми Уровня 1, дети Уровня 2 имеют ограничения в легкости перехода от одного движения к другому; ходьбе вне дома и там, где свободно ходят другие люди (в магазине, в школе, на улице, в транспорте и т.д.); в необходимости использования приспособлений для передвижения, когда они начинают ходить; нарушения качества движений; и в способности использовать такие навыки крупной моторики как бег и прыжки.

Различия между Уровнем 2 и 3.

Различия видны в степени функциональной мобильности, которой достигают дети. Дети Уровня 3 нуждаются в приспособлениях, помогающих при ходьбе, и часто в ортезах для ходьбы; тогда как дети Уровня 2 после 4-х лет не нуждаются в таких приспособлениях.

Различия между Уровнями 3 и 4.

Существуют различия в способности сидеть и способности к перемещению, даже с учетом значительного использования вспомогательных приспособлений. Дети Уровня 3 сидят независимо, могут независимо перемещаться по полу и ходят с помощью приспособлений для ходьбы. Дети Уровня 4 функционируют в позе сидя (обычно с поддержкой), но способность к независимому перемещению очень ограничена. Дети Уровня 4 с большей вероятностью нуждаются в пассивном перемещении или используют коляску с мотором.

Приложение В

Результаты обследования в рамках МКФ

ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ	АКТИВНОСТЬ/ УЧАСТИЕ		1. БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ 2. БАРЬЕРЫ
	ЧТО РЕБЕНОК МОЖЕТ ДЕЛАТЬ	ОЦЕНКА ПРОБЛЕМ	
Получение и применение знаний (d1): - любопытство, интерес, стремление к получению опыта - целенаправленное использование органов чувств - способ получения знаний (наблюдение, копирование, действие с предметами, исследование, общение, игра) - применение знаний (концентрация внимания, решение проблем, мышление, притворство) - умение принимать решение (делать выбор)			
Общие задачи и указания (d2): - выполнение задач - следование распорядку дня - способность справляться со стрессом - управление своим поведением в соответствии с требованиями - адаптация к изменениям и временным требованиям (например, в распорядке дня)			
Коммуникация (d3): коммуникативные умения - проявляет интерес и внимание к другому человеку, речи, коммуникации), - смотрит в лицо, глаза, демонстрирует навыки совместного внимания, проявляет намеренность в коммуникации, подражает действиям, звукам, словам - получение и понимание сообщений понимает жесты, мимику и телодвижения понимает простые сообщения, выраженные словами - продуцирование сообщений с использованием невербальных средств, слов, фраз разговор - начинает и поддерживает диалог, вокализируя по очереди, продолжая диалог			
Мобильность Крупная моторика (d4): - поддержание положения тела - переход из одного положения тела в другое перемещение			

<p>Тонкая моторика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дотягивание, хватание, удержание, отпускание, перенос, подтягивание и отталкивание - манипулирование - бимануальная активность 			
<p>Забота о собственном теле и здоровье (d5):</p> <ul style="list-style-type: none"> - умение мыться - уход за частями тела (умение чистить зубы, причесываться, чистить нос) - управление физиологическими отправлениями - одевание, раздевание - прием пищи и питье - забота о здоровье 			
<p>Помощь родителям в повседневных делах (d6)</p>			
<p>Межличностное взаимодействие (d7):</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерес к человеку - инициация и поддержание взаимодействия - теплота в отношениях - физический контакт - дифференциация между людьми - формирование отношений - соблюдение социальных правил и поддержание социальной дистанции - семейные отношения (к родителям, братьям, сестрам) 			
<p>Основные жизненные сферы (d8):</p> <ul style="list-style-type: none"> - участие в игре (одиночная, проявляет интерес к играм других, параллельная, общая совместная) - дошкольное образование 			
<p>Общественная жизнь (d9):</p> <ul style="list-style-type: none"> - развивающий центр - детская площадка, парк - поездки - магазины - кино и театры - праздники 			

ФУНКЦИИ И СТРУКТУРЫ ОРГАНИЗМА

(относительно имеющихся ограничений активности/участия)

Умственные

Сенсорные и боль

Голос и речь

Сердечно-сосудистая, крови, иммунная и дыхательная системы

Пищеварительная, эндокринная системы и метаболизм

Урогенитальные

Нейромышечные, скелетные и связанные с движением

Кожи

ЗНАЧИМЫЕ ФАКТЫ АНАМНЕЗА:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИРП

(основные направления развивающей работы)

Приложение Г

Нормативы моторного развития детей первого года жизни

1 месяц

Двигательные реакции.

Статика: отчетливые безусловные рефлексы: поисковый, сосательный, хватательный, Моро, реакция опоры ног (выпрямление бедер и коленей при постановке на ноги) и автоматическая походка (при сменном переносе массы тела), наличие защитного рефлекса и рефлекса Бабкина, физиологическая флексорная мышечная гипертония. (Руки согнуты во всех суставах, пальцы сжаты в кулачок и приведены к туловищу, ноги согнуты и слегка отведены в бедрах)

Кинетика: лежа на животе кратковременное приподнимание головы и установка ее по средней линии (лабиринтный установочный рефлекс на голову). Спонтанные нецеленаправленные движения конечностей.

Руки согнуты, кисти рук сжаты в кулак.

2 месяц

Двигательные реакции.

Статика: начало угасания безусловных рефлексов и флексорной гипертонии. Повышается тонус в разгибателях, увеличивается объем активных движений. Ребенок отводит руки в сторону, поднимает их выше горизонтального уровня, поворачивает голову в сторону. Ноги при опоре больше согнуты и касаются поверхности кончиками пальцев ног.

Кинетика: в положении лежа на животе поднимает и кратковременно удерживает голову (5—10сек.) на высоте 5 см, начинает удерживать голову в вертикальном положении, но еще непостоянно. Уменьшается влияние экстензорного тонуса на положение головы. (не запрокидывает голову)

Тонкая моторика: удерживает вложенную игрушку всей кистью. Ладони в свободном состоянии чаще всего слегка раскрыты.

3 месяц

Сенсомоторные реакции.

Длительно фиксирует и плавно прослеживает движущийся предмет поворот головы во всех направлениях: горизонтальном, вертикальном и круговом, прекращает прослеживание при остановке предмета. Подолгу рассматривает подвешенные над ним игрушки.

Поворачивает голову и глаза к источнику звука.

Поворачивает голову к месту тактильного раздражения.

Двигательные реакции.

Статика: угасание безусловных рефлексов. Хорошо удерживает голову

в любом положении тела, опирается на предплечья в положении лежа на животе. При опоре на поверхность ноги остаются согнутыми (физиологическая астазия). Ослабевает дорсальная флексия стопы, в связи с чем подошвенная флексия встречает сопротивление.

Кинетика: активное произвольное положение в кровати, попытки поворота на бок. Сгибает и выпрямляет руки и ноги. Подносит руки ко рту.

Тонкая моторика: при демонстрации яркой звучащей игрушки или после дотрагивания ее кистей рук ребенка увеличивается активность в кистях рук (шевелит пальцами, сжимает и разжимает ладони), может появиться реакция направления рук к игрушке. Ребенок направляет к предмету руку с полуоткрытой ладонью, дотрагивается до него и выпускает из рук. Тянет руки в рот. Угасает хватательный рефлекс.

4 месяц

Двигательные функции

Статика: Владеет движением головы во всех направлениях (контроль положения головы).

Кинетика: Пытается из положения лежа на спине поворачиваться на бок (шейная выпрямляющая реакция). Угасание безусловных рефлексов (опора на согнутые ноги, приподнимание ног).

Тонкая моторика: целенаправленно тянется руками к игрушке и дотрагивается до нее. Поднимет обе руки, когда ему предъявляют предмет, кисти частично разжаты. Рассматривает свои руки, которые держит на срединной линии перед собой, активно шевелит ими, ощупывает их, наблюдает за результатом. Тянет руки в рот. Удерживает вложенную в руку игрушку. Тянет ручки, ножки, одежду или вложенную в руку игрушку в рот.

5 месяц

Двигательные реакции

Статика: Полное угасание безусловных рефлексов. Переворачивается со спины на живот. В положении лежа на животе перестает опираться на предплечья, а предпочитает качание на животе: голова, руки, грудная клетка подняты вверх, а ноги совершают толкательные симметричные разгибательные движения?

Кинетика: Опирается на ступню (кончики пальцев?) при стоянии с поддержкой.

Тонкая моторика: Целенаправленно тянется рукой к игрушке, захватывает ее ладонью и удерживает в руке. Тянет ручки, ножки, одежду или игрушку в рот.

(сопровождаются оральными синкинезиями и в другой руке)

6 месяц

Двигательные реакции

Статика: переворачивается с живота на спину (выпрямляющая рефлекс туловища). Начинает самостоятельно сидеть или сидит с поддержкой. Появляется оптическая реакция опоры. Лежа на животе, опирается на вытянутые руки и открытые ладони, голова поднята на 90 градусов.

Кинетика: Попытки передвижения (подползает к игрушке или переставляет руки). Опирается на ступни ног при стоянии с поддержкой более 10 сек., поза неуклюжая, ноги выпрямляет в коленях и слегка в бедрах. Опирается на руки 5-10 секунд, придерживаемый взрослым под животом. Лежа на животе, опирается на локоть одной руки, другой тянется вперед (к игрушке). Лежа на спине и играя, держит ноги поднятыми.

Тонкая моторика: целенаправленно тянется и захватывает игрушку всей поверхностью ладони и вытянутым большим пальцем. Формируется противопоставление большого пальца остальным при захвате. Перекладывает игрушку из одной руки в другую. Уменьшение синкинезий.

Действия с предметами: трясет, стучит игрушкой, перекладывает ее из одной руки в другую.

7 месяц

Двигательные реакции

Статика: Стоит с поддержкой, пружинит ногами, посаженный (сидит реакции равновесия и опоры). Опирается на руки более 10 секунд, придерживаемый взрослым под животом.

Кинетика: ползает на животе. Лежа на спине хватает ноги руками. Лежа на животе, опирается на одну руку, чтобы другой рукой схватить предложенную игрушку.

Тонкая моторика: захватывает предмет, противопоставляя большой палец остальным.

Действия с предметами: берет одну игрушку в одну руку и другую во вторую, манипулирует с двумя игрушками, тянется к третьей. Осуществляет различные манипуляции: трясет, стучит друг об друга, бросает вниз, сжимает, разрывает, растягивает и др. Цепные (повторяющиеся) действия.

8 месяц

Двигательные реакции

Статика: Подтягивается вверх из положения лежа на животе (туловище подается вперед), держась за пальцы взрослого. Посаженный, самостоятельно сидит, ложится, встает, держась за опору, стоит и опускается. (реакции выпрямления и равновесия) Подтягивается вверх из положения сидя, держась за руки взрослого, с приложением собственных сил. Уверенно сто-

ит более 10 сек., слегка опираясь на руки взрослого, ноги и спинка прямые, возможны повороты головы в разные стороны.

Кинетика: Начинает ползает на четвереньках. Переступает, стоя у опоры.

Тонкая моторика: захватывает предмет, прижимая большой палец к указательному со средним. Координированные, точные движения кистью и пальцами. Хлопает в ладоши.

Действия с предметами: осуществляет различные манипуляции: отглатывает, кидает, стучит предметом об предмет, манипулирует одновременно с двумя-тремя предметами, рассматривает и манипулирует с мелкими предметами.

9 месяц

Двигательные реакции

Статика: Легко подтягивает туловище вперед, держась за пальцы взрослого, из положения лежа на животе. Сидит устойчиво и длительное время. Подтягивается из положения сидя, держась за руки взрослого, сгибая ноги в коленных суставах и пытается встать. С легкой поддержкой хорошо стоит, опираясь на полную ступню, голова, спина и ноги выпрямлены, вертит головой по сторонам.

Кинетика: Ползает, начинает ходить, держась за опору.

Тонкая моторика: захватывает мелкие предметы большим и вытянутым указательным пальцем (пинцетный захват). Хлопает в ладоши.

Действия с предметами: активно и долго манипулирует с предметами: кидает, катает, вынимает и складывает в коробку, открывает дверцы шкафов, ящики столов.

10 месяц.

Двигательные реакции

Статика: Подтягивается из положения сидя, держась за руки взрослого, сгибая ноги в коленных суставах и встает. Попытки стоять без поддержки.

Кинетика: Ползает, ходит у опоры. Идет вперед с поддержкой за обе руки.

Тонкая моторика: берет мелкие предметы пинцетным захватом (большим и указательным пальцем), может брать щипцовым захватом: подушечками согнутого указательного и оппозиционного большого пальцев.

Действия с предметами: целенаправленные предметные действия: вкладывание, вынимание, вставляет палец в отверстия под контролем пальца, катает машинку, мячик.

11 месяц.

Двигательные реакции

Статика: Стоит самостоятельно или придерживаясь за опору.

Кинетика: Попытки самостоятельно ходить без опоры. Шагает вперед, придерживаемый за одну руку. Самостоятельно подтягивается, придерживаясь за опору, чтобы встать.

Тонкая моторика: собирает мелкие предметы щипцовым захватом (подушечками указательного и большого пальцев). Снимает и нанизывает кольца с большими отверстиями на стержень пирамидки. Использует обе руки для выполнения действий с предметами.

Действия с предметами: целенаправленные действия с предметами соответственно их назначению: вкладывание, вынимание, катает машинку, мячик, снимает и нанизывает кольца пирамиды, достает один предмет другим.

12 месяцев.

Двигательные реакции

Статика: Стоит без поддержки, приседает и встает.

Кинетика: Самостоятельно ходит.

Тонкая моторика: собирает мелкие предметы щипцовым захватом. Снимает и нанизывает кольца с большими отверстиями на кольца пирамидки, ставит кубик на кубик. Использует обе руки для выполнения действий с предметами.

Действия с предметами: целенаправленные действия с предметами соответственно их назначению: открывает и закрывает коробки, вкладывает и вынимает предметы, катает машинку, мячик, снимает и нанизывает кольца пирамиды, достает один предмет другим, ставит кубик на кубик, качает кубку.

<p>II</p>	<p>Обучение навыку переворачиваться с живота на спину и обратно</p> <p>Упражнения на развитие удерживания предмета в кулаке</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок будет лежать на спине. Возьмите яркую игрушку и водите ее перед глазами ребенка на расстоянии 30 см. Затем положите игрушку в стороне, так чтобы он не мог дотянуться до нее. Когда ребенок повернется на бок, легонько подтолкните его со спинки. Переворачивание произойдет само по себе. 2. Положите ребенка на спинку. Согните одну ножку в колене и отведите ее в сторону. Она должна соприкасаться с поверхностью. По инерции ребенок станет подтягивать в ту же сторону и ручку, если это не произойдет помогите ему. Дайте ему обхватить ваш палец и помогите перевернуться. 3. Уложите ребенка на живот. Покажите яркую игрушку, и когда он заинтересуется перенесите ее вправо от него. Ребенок потянется правой ручкой за игрушкой, если есть затруднения помогите ему. Затем медленно перенесите игрушку через спинку ребенка к его левому боку. Следуя ручками за интересным предметом, ребенок перевернется на спинку. 4. Положите ребенка на живот. Левую ножку согните в колене и переставьте за правую. Инстинктивно ребенок попытается привстать на предплечьях, и после этого перевернется. Если сразу не получится, помогите ему. 5. Ребенок будет лежать на полу (на диване, кровати и т.д.), на спине, под плечами и головой будет находиться подушечка, взрослый будет вкладывать в руку ребенка игрушки (мягкие шарики, резиновые ежики и т.д.). Взрослый будет располагать свое лицо близко к ребенку и поощрять его тянуться к лицу или к висящим на груди взрослого ярким предметам, давая ощупывать их сначала пассивно с помощью рук взрослого, а затем активно по заданию. 6. Ребенок будет лежать в положении на спине в коляске, на кровати (манеже) на боку, в слегка согнутом положении сидения (в подушках) или при опоре телом о стену в положении сидя. Ребенку будут вкладывать в руки предметы (съедобные вещи — понюхать, пожевать, проглотить), помогая их поднести ко рту. 	
<p>III</p>	<p>Упражнения на обучение навыку сидеть с опорой.</p> <p>Упражнения для развития мантипулятивной функции рук.</p> <p>Обучение навыку ползания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок будет сидеть в положении полулежа, на подушке перед ним будут висеть подвешенные яркие игрушки, со звуком (гремят, шуршат, издают звуки и т.д.). Взрослый будет стимулировать игрушками и помогать сесть ребенку и дотянуться до игрушки. 2. Ребенок и мама (специалист) будут сидеть на полу. Взрослый прижимает спину ребенка к своему животу, ноги расставлены по сторонам, впереди ребенка будет находиться музыкальная игрушка с большими кнопками, одна рука ребенка будет опираться об пол. Взрослый будет помогать слегка нажимать на кнопки руками и будет давать возможность нажать самому. Помогать можно держа ребенка за запястье, под локоть или держа за предплечье направляя руку ребенка в сторону нажатия. 4. Ребенок будет находиться на полу лежа на животе. Перед ним будут лежать различные игрушки (машинка, заводные игрушки, пищевые мячики), на расстоянии 20-30см от ребенка. Мама (специалист) будет помогать ползти вперед, согнув правую ногу и ждать, когда он толкнется, затем левую ногу и так поочередно сгибая ноги, давая возможность ребенку самому сгибать и толкаться ногами. Пока он не дотянется до игрушки. 5. Ребенок будет сидеть на полу. Взрослый прижимает спину ребенка к своему животу, ноги расставлены по сторонам (либо зафиксированный в стульчике, за столиком) перед ребенком будет стоять большой таз с гречкой и мелкими игрушками, чашками руки опущены в таз, ребенок будет играть в различные игры (пересыпать, взрослый будет сыпать на руки ребенка гречку, помогать искать мелкие игрушки). подушка, коляска, ортопедический стул под наклоном 45градусов 	

IV	<p>Упражнения для тренировки способности самостоятельно садиться</p> <p>Упражнения на обучение навыку сидеть</p>	<p>1. Ребенок будет лежать на физиомяче на спине. Взрослый будет держать, его руками, крепко, слегка наклоняя физиомяч в бок, так чтобы ребенок сделал попытку присесть через бок, опираясь на одну руку.</p> <p>2. Ребенок будет лежать на полу, на боку. Бедро и колени полусогнуты. Голова слегка согнута вперед. Нижележащая рука согнута в локтевом суставе. Взрослый будет слегка подтягивать ребенка за свободную руку, к себе. Ребенок должен будет самостоятельно сесть боком, опираясь на локоть нижележащей руки. Позднее выработают способность опираться не на локоть, а на кисть. Необходимо следить за тем, чтобы кисть была раскрыта, голова поднята и повернута в сторону противоположной руки.</p> <p>3. Ребенок будет лежать на полу на спине. Одна рука согнута в локтевом суставе. Ребенок будет держаться второй рукой за палочку (скалку, веревку и т.д.) и подтягиваться ею, опираясь о пол согнутой рукой.</p> <p>4. Ребенок будет лежать на полу на спине. Одна рука согнута в локтевом суставе. Ребенок будет второй рукой тянуться за игрушкой, опираясь о пол согнутой рукой.</p> <p>1. Ребенок будет сидеть на полу, опираясь спиной о стену, с разведёнными ногами, на ногах будут лежать укладки (мешки с солью или песком). В таком положении можно играть с гречкой, перекладывать предметы из одной емкости в другую, играть с музыкальными игрушками, играть с воздушным шариком, бросать мячи в корзину и т.д.</p> <p>2. Ребенок будет сидеть на стульчике так, чтобы его колени были согнуты под углом 90 градусов. Ноги должны плотно упираться в пол. Сидя на стуле, ребенок будет бросать: мячики, кубики, носочки в клубочки, ложки, пластиковые тарелочки, камни и т.д. в кастрюлю или ведро, тазик, коробку и т.д. сначала с короткого расстояния, затем увеличивать расстояние от ног до кастрюли.</p>	<p>физиомяч</p> <p>ортопедический стул с фиксацией</p>
V	<p>Закрепление навыка сидеть</p> <p>Ползать на четвереньках</p>	<p>1. Ребенок будет сидеть на стульчике со спинкой, так, чтобы спина опиралась строго вертикально, о спинку стульчика, спина и бедро ребенка находятся под углом 90 градусов, колени согнуты под углом 90 градусов. Ноги должны плотно упираться в пол (либо упираться на подставку) 90 градусов держась за палочку (палочку, скалку, бельевую веревку) сохраняя равновесие с опорой на руки.</p> <p>1. Ребенок будет стоять в позе на четвереньках, на полу, перед ним будут находиться яркие, музыкальные игрушки. Взрослый будет находиться перед ребенком и помогать переставлять сначала правую руку, аккуратно подтягивая за предплечье, когда ребенок подтянет левую ногу, взрослый поможет переставить левую руку и так поочередно переставлять руки, давайте возможность выполнить упражнение самому.</p>	<p>ортопедический стул с фиксацией</p>
VI	<p>Обучение вставанию с колен</p> <p>Упражнения для тренировки вставания на ноги</p>	<p>1. Ребенок будет пассивно стоять на коленях. Держась за опору (стул, стол, диван и т.д.) двумя руками.</p> <p>2. Ребенок будет стоять на коленях держась за опору (стул, стол, диван и т.д.) двумя руками и выполнять приседания (сесть на попу и вернуться в позу стоя на колени).</p> <p>3. Ребенок будет стоять на коленях держась за опору (стул, стол, диван и т.д.) одной рукой, второй рукой выполнять поворот туловища, дотягиваясь до игрушки.</p> <p>4. Ребенок будет стоять на коленях, не держась за опору и играть двумя руками в различные игры, например, отталкивать подвешенный над ним воздушный шарик.</p>	<p>стул, стол, рама, различные модули</p>

	<p>Обучение стоять</p> <p>Игры с предметами</p>	<p>5. Положение стоя на коленях. Сгибание, разгибание, повороты туловища ребенок по мере возможности будет выполнять самостоятельно. Упражнение применяется для закрепления функции стояния на коленях и тренировки реакций равновесия.</p> <p>1. Ребенок будет вставать на ноги по словесной инструкции или с помощью взрослого из положения сидя или стоя на коленях.</p> <p>2. Ребенок будет находиться в положение сидя на корточках и держаться двумя руками за опору (стену, стул и т.д.). Взрослый будет стоять сзади ребенка и слегка надавливать на колени, так чтобы усилить опору на стопы. Стопы должны быть слегка отведены, пятки на опоре. Затем взрослый будет продвигать туловище вперед и разгибать колени помогая встать.</p> <p>3. Ребенок будет вставать, держась за бельевую веревку, натянутую между двумя стульями, стулья должны быть крепко закреплены. По мере возможности ребенка веревку нужно ослаблять, создавая неустойчивую опору. Взрослый будет находиться всегда рядом подстраховывая.</p> <p>4. Ребенок будет сидеть на стуле лицом к взрослому, который будет держать своими руками его руки, своими ногами будет прижимать ноги ребенка к полу. Потягивая ребенка за руки, стимулируют вставание.</p> <p>5. Положение стоя на одном колене. Ребенок будет держаться руками за канат, перекладину. Опорная нога согнута вперед. Ребенок с помощью взрослого или самостоятельно будет переносить центр тяжести на опорную ногу, одновременно разгибая ее и вставая. Другую ногу он подтягивает и ставит параллельно опорной. Взрослый должен будет контролировать степень переноса центра тяжести на опорную ногу, так как при его недостаточности ребенок не сможет встать. При необходимости взрослый будет придерживать за тазобедренный сустав.</p> <p>1. Ребенок будет держаться обеими руками об опору (стол, стул, стену и т.д.). Взрослый будет держать ребенка за под мышки, ноги будут опираться о пол. Взрослый будет слегка расслаблять фиксацию давая возможность выпрямить ноги и сделать упор ногами о пол самому (опорная реакция ног).</p> <p>2. Ребенок будет стоять, держась за опору двумя руками (за стол, стул, диван т.д.). И наблюдать за интересными игрушками (движущимися, светящимися, либо мультик и т.д.)</p> <p>3. Ребенок будет стоять, держась одной рукой за опору, другой рукой играть с подвешенным воздушным шариком, либо катать машинку свободной рукой по столу держась другой рукой за стол.</p> <p>4. Ребенок будет стоять, держась двумя руками за не устойчивую опору, натянутую между стульями на уровне локтя ребенка, бельевую веревку, в виде брусьев. Стулья должны быть закреплены, так чтобы не травмировать ребенка (положите на стулья тяжесть). Взрослый будет страховать ребенка и давать возможность удерживать равновесие. Веревку со временем можно расслаблять, увеличивая неустойчивость.</p>	<p>вертикализатор (передне-наклонный, задне-наклонный)</p>
VII	<p>Упражнения для тренировки ходьбы</p>	<p>1. Ребенок будет держаться двумя руками за опору (диван, стол), на расстоянии 50-100см от него будут лежать интересные игрушки, вкусности. Ребенок будет ходить боком.</p> <p>2. Ребенок будет находиться в тренажере для ходьбы (ходунках) с полной фиксацией- рук, спины, таза и ног. Взрослый будет потихоньку подталкивать, ходунки, так чтобы ребенок смог сделать шаг.</p> <p>3. Ребенок будет держаться двумя руками за раму для ходьбы, коляску, взрослый будет держать за попу, помогая двигаться вперед</p> <p>4. Ребенок будет держаться за раму для ходьбы, коляску и двигаться вперед без помощи взрослого.</p>	<p>тренажер для ходьбы, ходунки, рама для ходьбы</p>

		<p>5. Ребенок будет ходить в брусках. Подготовить брусья (нужно изготовить из двух равных палок, находящихся параллельно друг другу, на расстоянии одной вытянутой руки, ребенка, на высоте его согнутого локтя. Брусья должны быть! крепко скреплены с подставкой, так чтобы они не шатались.) Ребенок будет ходить между брусками, переставляя руки и ноги самостоятельно.</p> <p>6. Ребенок и взрослый будут ходить внутри обруча вместе, сначала взрослый будет держать руки ребенка, накладывая их на кисти и пальцы, а потом постепенно убирать свои руки и держать обруч, направляя ребенка, так чтобы ребенок ходил, держась за обруч сам.</p> <p>7. Ребенок будет ходить внутри веревочных брусков. Подготовить веревочные брусья (между двух стульев, расставленных по длине 1,5- 2 метра, протянуть и крепко закрепить бельевую веревку, так чтобы она немного была расслаблена, находящиеся параллельно друг другу, на расстоянии одной вытянутой руки ребенка и на высоте его согнутого локтя. Стулья должны быть! крепко зафиксированы (положите на стулья тяжести), так чтобы они не шатались. Ребенок будет ходить между брусками, переставляя руки и ноги самостоятельно.</p> <p>8. Ребенок будет ходить, держась за скалку (палку) держа ее впереди себя мама будет слегка поддерживать скалку, давая возможность идти ребенку самому. Можно ставить барьеры, которые ребенок должен обходить, перешагивать и т.д.</p>	
VIII	Упражнения для тренировки совершенствования ходьбы.	<p>1. Отработка длины шага. Ребенок будет шагать по расставленным целям (одноразовым тарелочкам, платочкам, листикам и т.д.)</p> <p>2. Правильная постановка стопы. Подготовить дорожку (из рулона бумажных обоев сделать отрезок длиной 2-3м.), на дорожке нарисовать следы пятки и носка, в виде стопы. Ребенок будет ходить по следам наступая на пятку, переходя на носок.</p> <p>3. Ходьба в разном ритме. Ребенок будет ходить по хлопкам взрослого. Взрослый будет менять темп шага с быстрого на медленный и обратно (можно использовать музыку)</p> <p>4. Быстрые старт и остановка по заданию. Ребенок будет в быстром темпе ходить, останавливаясь по хлопку взрослого.</p> <p>5. Ходьба «громко» и «тихо». Взрослый будет вести счет громко и тихо, громко означает что ребенок будет громко топотать, а тихо ходить как кошка.</p> <p>6. Ходьба с поворотами. Ребенок будет ходить обходя различные препятствия стулья, стол, кресло и т.д.</p> <p>7. Ходьба по ступенькам. Ребенок будет держаться за перилла и поочередно подниматься по ступенькам вверх. Затем спускаться.</p> <p>8. Ходьба назад. Взрослый будет держать ребенка за руки впереди. Ребенок будет шагать назад.</p>	

Приложение Е

Этапы развития социально-бытовых навыков

Уровни	Комплекс упражнений	Упражнения	Рекомендованное обозначение
Пользоваться ложкой			
В 4-5 месяцев вводятся первые прикормы. Ознакомление с ложкой начинается в возрасте 1-2 недели, когда поят водой или чаем.	Первые прикормы. Ознакомление с ложкой.	<ul style="list-style-type: none"> - взять ребенка на руки; - в десертную ложку налить немного приготовленную жидкость и приложить кончик ложки к нижней губе ребенка; - ждать всасывание жидкости с ложки; - соблюдать режимный момент (ждать, когда ребенок захочет пить); - не должно быть отвлекающих предметов (сотовый телефон) разговоров с другими лицами; все внимание должно быть на ребенка; 	
В 8-10 месяцев достаточно ловко пользуются столовыми приборами	Совместное пользование ложкой	<ul style="list-style-type: none"> - на протяжении всего времени приема пищи мама совместно с ребенком доводит ложку до его рта и отпускает руку ребенка (чтобы он сам вложил ложку с едой в рот) - мама направляет не кисть руки, а сначала запястье, потом локоть, и то лишь при необходимости. Затем совсем отпускает руку ребенка, и он будет все делать сам! 	
К концу младенческого возраста (12 месяцев) ребёнок сам старается обслужить себя за столом	Совместное пользование ложкой	<ul style="list-style-type: none"> - во время обучения нужно все время сидеть рядом с ребенком; - позволяйте ребенку ронять (проливать) еду, пачкать себя и одежду, так как без этого невозможно научиться самому пользоваться ложкой; - во время кормления ложкой рекомендуется вытаскивать ложку в горизонтальном положении, тогда ребенок научится снимать верхней губой пищу (ложка не должна уходить изо рта вверх); - мама совместно с рукой ребенка держит ложку, затем вместе зачерпывают еду и тянут ко рту. Совместно пользуются ложкой до тех пор, пока ребенок не научится самостоятельно кушать ложкой; - для того, чтобы у малыша появился интерес — необходимо садить его за общим столом. Смотря на то, как взрослые самостоятельно едят ребенок и сам захочет научиться. 	
В 18 — 20 месяцев ребёнок сможет сам съесть негустой творог, кашку и даже суп	Самостоятельное пользование ложкой	<ul style="list-style-type: none"> - посадить ребенка на специальный стул так, чтобы обе руки были свободны; - при необходимости пристегивать ребенка поперек туловища или паховыми ремнями, необходимо фиксировать его стопы; однако все приспособления для фиксации должны использоваться, как временные средства в начале обучения - соблюдать режимный момент (кормить по времени); сидеть за столом; ждать, когда ребенок захочет кушать); - не должно быть отвлекающих предметов (сотовый телефон), разговоров с другими лицами; все внимание должно быть на ребенка; - совместно с ребенком держать ложку, надо класть руки взрослого поверх рук ребенка; - необходимо подобрать удобную для ребенка посуду (тарелка устойчивая, под посуду во время кормления рекомендуется подложить прорезиненный коврик, чтобы не скользила посуда по столу); 	<p>Для детей с нарушением зрения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - соблюдать режим дня - желательно пользоваться посудой (чтобы ребенок на ощупь трогал, узнавал)

		- ложка с толстыми ручками для захвата, учитывать форму и длину ручки ложки; ложка, осязательная по весу, удобнее для детей с ДПП; ложка изогнутой формы помогает делать движение от тарелки ко рту.	- сидеть в одном месте за столом (не передвигаться по комнате)
Руками тянуть в рот еду			
В 4-5 месяцев малыш начинает тянуть все в рот, происходит осознание работы своих ручек и их возможности	Научить брать с посуды еду и потянуть в рот	- в углубленную посуду положить несколько штук печенья (можете сухой завтрак, кукурузную палочку); - можете использовать посуду с присоской для устойчивости на столе, затем мама совместно с рукой ребенка достает печенье с посуды и тянут в рот; - во время приема пищи ребенок сидит на коленках мамы перед столом, позднее ребенок сам будет сидеть за детским столиком;	
Пить из кружки			
В 6-8 месяцев начинают приучать пить из кружки (эксперты советуют приучать ребенка по возможности сразу к кружке)	Совместно приучать пить из кружки	- чашка с содержимым находится на столе (небольшое количество); - мама встанет за спиной ребенка и положит свои руки поверх рук его и вместе с ним удерживают чашку; - далее вместе подносят чашку ко рту, и мама ждет, когда ребенок сделает глоток, затем вместе ставят чашку на стол - на протяжении всего времени приема жидкости мама держит руки ребенка, доводит вместе чашку до рта ребенка и отпускает руку вместе с ним; - при обучении пить краешек кружки/чашки/стакана прислонить к нижней губе, жидкость маленькими порциями использовать, после сделанного глотка чашку/кружку не убирать, а оставить ниже на нижней губе; - необходимо подобрать удобную для ребенка чашку, стакан/кружку (устойчивая, под чашку во время кормления рекомендуется подложить прорезиненный коврик, чтобы не скользила посуда по столу); - во время обучения навыку нужно все время сидеть рядом с ним; - позвольте ребенку ронять (проливать), пачкать себя и одежду, так как без этого невозможно научиться самому пить из чашки; - не должно быть отвлекающих предметов (сотовый телефон), разговоров с другими лицами; все внимание должно быть на ребенка; если взрослый поит ребенка из чашки, поильника; - на первое время желательно, чтобы поильник был с двумя ручками, затем уже с одной ручкой; можно использовать посуду для питья и без ручек; также можно учить пользоваться трубочкой для питья;	
	Самостоятельно пить из кружки/чашки	- посадить ребенка на специальный стул так, чтобы обе руки были свободны; - при необходимости пристегивать ребенка поперек туловища или паховыми ремнями, необходимо фиксировать его стопы; однако все приспособления для фиксации должны использоваться, как временные средства в начале обучения; - не должно быть отвлекающих предметов (сотовый телефон), разговоров с другими лицами; все внимание должно	Для детей с нарушением зрения: - соблюдать режим дня - желательно пользоваться одной и той же посудой (чтобы

		быть на ребенка; если взрослый поит ребенка из чашки, поильника;	ребенок на ощупь трогал, узнавал) - сидеть в одном месте за столом (не передвигаться по комнате)
Ходить на горшок			
С 1,5 до 2-х лет (18-20 месяцев) большинство детей приучается к горшку	П р и у - ч а т ь к горшку	- проверять штанишки каждый час и сажать ребенка на горшок; - если ребенок справит нужду в горшок, то покажите ему «результаты» и похвалите; - регулярно сажайте ребенка на горшок и будьте рядом обязательно. Каждый раз хвалите. - в дальнейшем старайтесь ребенку давать инструкции в устной форме, при необходимости за руки поведите; - водите и сажайте на горшок только в туалетной комнате; - необходимо взрослому самому быстро снимать с ребенка штанишки, чтобы он успел все сделать в горшок (ребенок сможет удерживаться дольше, потом он будет сам снимать штанишки); - во время обучения избегайте отвлекающих разговоров, игрушек;	
К 2,5-3 годам ребенок начинает контролировать свои физиологические позывы	Самостоятельно ходит на горшок	- необходимо, чтобы горшок находился в специально отведенном месте (угол в комнате, изначально желательно в туалетной комнате), либо горшок должен всегда быть в доступном постоянном месте; - не нужно ругать ребенка, можно снять мокрые штанишки и предложить ему посидеть несколько минут на горшке (иначе у ребенка создается неправильное представление о том, что если он опоздал, то сообщать не нужно, а это будет шагом назад в формировании умения); - штанишки ребенка должны сниматься легко и удобно.	
		Требуется соблюдение правил безопасности и удобства при обучении детей с ДЦП: - горшок должен быть устойчивым (это использование перевернутой табуретки, картонной или деревянной коробки с перекладиной); - необходимы поручни или стул, табуретка, т.е. создать ребенку возможность самому пользоваться опорными средствами, чтобы он мог опереться, потянуться, подтянуться, приподняться, встать; - если на унитаз желает ребенок, то обязательно подставку под ноги поставить, чтобы была опора для равновесия и безопасности.	
Снимать вещи (снять проще, поэтому с этого и можно начинать)			
С 1,5 лет может стягивать		- первично обучают навыкам снимать вещи, а потом надевать; - начинать учить снимать с одежды, не требующей застегивания (шапка, носочек, трусики, штанишки, майка); - эти навыки тренируются при раздевании больших кукол, после закрепления навыков в играх на кукле они переносятся на самого ребенка	

Надевать вещи			
2 года Снимать и надевать: расстегнутую обувь, шапку, колготки, шорты, штаны, юбку на резинке		<ul style="list-style-type: none"> - начинать учить снимать/надевать с одежды, не требующей застегивания (трусики, штанишки, майка); - эти навыки тренируются при раздевании и одевании больших кукол, после закрепления навыков в играх на кукле они переносятся на самого ребенка; - позднее применяются различные приспособления, как расстегивание и застегивание пуговиц, замков молний, липучек и т.п. 	
3 года Надевать всю одежду, застегивать		<ul style="list-style-type: none"> - для начала обучают ребенка с вещами на 1 или 2 размера больше, чем вещи самого ребенка; - в период обучения необходимо постоянно помогать, поддерживать, поощрять ребенка; - использование фото/видео с обучающими моментами стимулирует ребенка (увидев себя, ребенок охотно повторяет действия и дает возможность запоминать эти действия); 	
4 года Самостоятельно раздеваться и одеваться в правильной и последовательности			
5 лет Одеваться и раздеваться			
6 лет Быстро одеваться и раздеваться			
Мытье рук			
С 2-х лет совместное мытье рук		<ul style="list-style-type: none"> совместно можно начать мыть руки животным (кошкам, собачкам) или игрушкам - совместное мытье рук; - личный пример мытья рук, показать правильную технику мытья; - всегда касайтесь воды первыми и покажите разницу между горячей и холодной водой; - установите таймер на несколько секунд (примерно 15-20 секунд); - если раковина слишком высока, то приобретите специальную подставку или приставьте обычный детский стульчик - мыло должно находиться на расстоянии вытянутой руки (можно заинтересовать пахнущими, разными формами мыла); - закатывайте ребенку рукава на одежде, чтобы он не намочил их; 	<p>Дети более охотно приучаются мыть руки, если им приобретают индивидуальные предметы гигиены. Например, набор полотенец и мыльных принадлежностей с любимыми героями мультфильмов.</p>
С 3-х лет приучать самостоятельно мыть руки		<ul style="list-style-type: none"> - начинайте мыть руки вместе, далее позволяйте ребенку закончить мытье самому; - также учите пользоваться дезинфицирующими средствами для рук на спиртовой основе: они могут использоваться в качестве замены для мытья рук. 	

Приложение Ж

План развития навыков

Имя ребенка: Димаш

Возраст: 2 г. 01 мес.

Цель	Задачи (упражнения)	Как делать?	Кто будет делать?
1. Ползать попластунски	Укрепление мышц ног и рук	Димаш будет находиться на полу лежа на животе. Перед ним будут лежать различные игрушки (машинка, заводные игрушки, пищащие мячики), на расстоянии 20-30 см от ребенка. Мама будет помогать Димашу ползти вперед, согнув правую ногу и ждать, когда он толкнется, затем левую ногу и так поочередно сгибая ноги, давая возможность ребенку самому сгибать и толкаться ногами. Пока он не дотянется до игрушки. Выполнять каждый день 1-2 раза по 5-10 минут. Хвалите Димаша каждый раз, когда у него получается!	мама
2. Учить правильно вставать с колен	Укрепление мышц ног	Димаш будет стоять на коленях перед диваном (невысоким столиком), на котором коробка с шариками и будет тянуться к ней, держась за опору, а мама будет держать за его голень одной ноги, так чтобы Димаш выводил другую ногу вперед и вставал с одной ноги. Вставание чередовать один раз правой, другой левой. Хвалите каждый раз Димаша, когда он достает шарик, правильно поднимаясь! Делать по 15 раз на каждую ногу.	мама
3. Учить пользоваться ложкой		1. Мама встанет за спиной ребенка, поместит ложку в руку, а другую его руку положит сбоку от тарелки. На протяжении всего времени приема пищи мама держит руки ребенка, доводит вместе ложку до его рта и вместе отпускает руку с ложкой. 2. Помните: - <i>мама все время сидит рядом с ребенком;</i> - <i>позвольте ребенку ронять (проливать) еду, пачкать себя и одежду, так как без этого невозможно научиться самому пользоваться ложкой.</i> Соблюдайте последовательность: 1. Совместно зачерпываете ложкой еду 2. Совместно подносите ко рту 3. Совместно возвращаете ложку в тарелку 4. Совместно пока сам ребенок не научится	

4. Учить сидеть на горшке.		<p>В течение дня мама проверяет и каждый час сажает ребенка на горшок. И так, пока ребенок не ляжет спать.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Если ребенок справит нужду в горшок, то покажите ему «его результаты» и похвалите его за это: «Молодец! Ты все правильно сделал!» Похлопайте в ладоши. 2. Регулярно сажайте ребенка на горшок и будьте рядом с ним обязательно. Каждый раз хвалите его. 3. В дальнейшем старайтесь давать инструкции в устной форме, при необходимости за руки поведите. <p>Помните:</p> <ul style="list-style-type: none"> - избегайте отвлекающих разговоров, игрушек - водить и сажать на горшок только в туалетной комнате 	мама
----------------------------	--	--	------

План развития навыков

Имя ребенка: Султана

Возраст: 7 мес.

Цель	Задачи (упражнения)	Как делать?	Кто будет делать?
1. Гашение гиперкинезов	<p>Снижение спастичности</p> <p>Упражнение на гашение гиперкинезов</p>	<p>1. Султана будет лежать на боку (один день на левом, другой день на правом), уперевшись спиной к опоре. Под головой будет находиться подушечка, так чтобы тело лежало ровно. Нога, находящаяся снизу будет лежать прямо, а нога находящаяся сверху будет согнута в колене, под коленом будет лежать свернутое одеяло, на ноге буде лежать мешок с грузом 4 кг.</p> <p>Начинать с 5 минут доводя постепенно до 30 минут. Первую неделю по 1 разу в день, потом по 2 раза в день. Свободной рукой можно пробовать выполнять захваты игрушек либо рассматривание игрушки. Мама будет помогать Султане брать игрушки.</p> <p>2. Султана будет лежать на спине. Под головой и плечами будет лежать подушка, так чтобы ребенок был приподнят на 35 градусов. Султана будет лежать с выпрямленными руками и ногами, ладони рук будут раскрыты и ладоншкой вверх. На руках и ногах будут лежать мешки с грузом по 4кг. (выполнять с игрой «коза-рогатая»)</p> <p>Начинать с 5 минут доводя постепенно до 30 минут. Первую неделю по 1 разу в день, потом по 2 раза в день.</p>	мама

2. Удерживать стабильно голову.	Укрепление мышц шеи	<p>1. Игра с музыкальной игрушкой. Султана будет лежать на полу, на животе. Под грудью ребенка будет находиться скрученный из одеяла валик, так чтобы она упиралась на предплечья; на попе будет лежать мешочек с грузом 4кг. Перед ней будет находиться музыкальная игрушка с большими кнопками, мама будет помогать Султане слегка нажимать на кнопки руками и давать возможность нажимать самой.</p> <p>Каждый день 1-2 раза по 5-10 минут.</p>	мама
3. Насыщать вестибулярными и мышечными ощущениями	Упражнение на развитие вестибулярного аппарата	<p>1. Упражнение на физиологическом мяче (фитмяче) Положите Султану животиком на фитмяч и, поддерживая, ее руками, достаточно интенсивно покачивайте ее на мяче, так, чтобы малышка подпрыгивала на нем: на одном месте ритмично, надавливая на бедра и таз; из стороны в сторону, вниз и вверх. Каждый день по 1-2 раза по 1 мин.</p> <p>2. Качание в простынке Мама и папа будут держать простынь с двух сторон так чтобы Султана была внутри простыни, имитируя гамак и осторожно раскачивать Султану. Каждый день по 1-2 раза по 1 мин.</p> <p>3. Мамин массаж. Двумя руками сжимайте крупные суставы Султаны с двух сторон: начиная с плеч, затем тазобедренных суставов, колен, стоп и пальцев ног. Сжатия должны быть короткими, достаточно интенсивными и глубокими (не поверхностными), но неболезненными, а также ритмичными, но не быстрыми. В конце массажа обхлопать все тело ребенка ладонями.</p> <p>4. Колено-локоть Султана будет лежать на полу на спине, мама будет сгибать по одной ручке и ножке ассиметрично, и подтягивая колен к локтю, поочередно меняя руку и ногу.</p> <p>5. Вытягивание Султана будет лежать на полу на спине, руки и ноги вытянуты по средней линии, мама будет вытягивать и потряхивать Султану держа за ручки и ножки, по прямой линии (можно выполнять вдвоем-один держит за ручки, другой за ножки).</p> <p>6. Игра «Ку-Ку». Султана будет лежать на спине. Под головой и плечами будет лежать подушка, так чтобы ребенок был приподнят на 35 градусов, лицом к лицу, мама закрывает свое лицо платком, затем открывает лицо и говорит: «Ку-ку! Это кто? Это мама.». Далее накрывает платком лицо Султаны, дает возможность стянуть Султане самой платок, помогает и говорит: «Ку-ку! Это кто? Это Султана!» Постоянно хвалите Султану и говорите ей: «Молодец! Ты умища!»</p> <p>7. Игра «Коза-рогатая» Положите Султану спиной на большую подушку и начинайте, глядя в глаза малышки, пальцами «идти», начиная со стоп по ножке до животика ребенка, приговаривая «Идет коза-рогатая за малыши ребятами».</p>	мама сестра

		Когда дойдете до животика, со словами «Забодая-забодая» пощекочите Султану, наклоняясь лицом к ее лицу и затем обнимите ее крепко, ласково называя по имени. 8. Слушание песенки Ты похлопай вместе с нами	
4. Развитие зрительной реакции фиксации и прослеживания	Упражнение на развитие зрительной реакции	1. Султана будет лежать на спине . Мама будет заинтересовывать ребенка святящейся игрушкой, водить ею над ней вверх и вниз на расстоянии 20см. Когда мама увидит, что Султана пытается достать ее, то положит игрушку в какую-нибудь сторону от нее, но так, чтобы она не смогла схватиться за нее. Потом, когда она попытается перевернуться на бок, в сторону игрушки, можно будет слегка подтолкнуть ребенка так, чтобы она завершила поворот на живот. 2. Лежать одной и смотреть на святящуюся игрушку	мама
5. Мама учит схематических движений «глаз-рука».	Упражнение на развитие зрительной реакции	1. В положении лежа на животе, перед ребенком на уровне глаз включить заводную светящуюся игрушку и сказать: «Султана, смотри на игрушку, она двигается туда-сюда». Хвалите малыша, когда она делает что-то вместе с вами и скажите: «Молодец, Султана!». 3. Трещать погремушкой (интенсивный яркий звук)	мама
6. Развитие тактильных ощущений	упражнения на тактильные ощущения	1 Мама будет давать в руки Султаны для ощупывания мешочки с различным содержимым (гречка, горох, камушки, песок). Можно продлевать игру по желанию ребенка 2. Постоянный массаж, самомассаж (поглаживание, растирание, разминание, постукивание, похлопывание, пощупывание, встряхивание), использование массажной щетки, махровых рукавичек, игрушки мелкие, надувные, с разной текстурой	мама

План развития навыков

Имя ребенка: Семен

Возраст: 2г. 6мес.

Цель	Задачи (упражнения)	Как делать?	Кто будет делать?
1. Сидеть	Укрепить спину	1. Семен будет сидеть в положении полулежа, на подушке перед ним будут висеть подвешенные яркие игрушки, со звуком (гремят, шуршат, издают звуки и т.д.). Мама будет стимулировать игрушками и помогать сесть ребенку и дотянуться до игрушки.	мама папа

		<p>2. Семен будет сидеть на полу, опираясь спиной о стену, с разведёнными ногами, на ногах будут лежать укладки (мешки с солью или песком). В таком положении можно играть с гречкой, перекладывать предметы из одной емкости в другую, играть с музыкальными игрушками, играть с воздушным шариком, бросать мячи в корзину и т.д.</p> <p>3. Семен будет сидеть в стульчике для кормления так, чтобы его колени были согнуты под углом 90 градусов. Ноги должны плотно упираться в опору. Сидя в стульчике, Семен будет складывать: мячики, кубики, носочки в клубочки, ложки, пластиковые тарелочки, камни и т.д. в коробку и т.д.</p>	
2. Ползать на четвереньках	Укрепить мышцы рук и ног	1. Семен будет стоять в позе на четвереньках, на полу, перед ним будут находиться яркие, музыкальные игрушки. Мама будет находиться перед ребенком и помогать переставлять сначала правую руку, аккуратно подтягивая за предплечье, когда ребенок подтянет левую ногу, взрослый поможет переставить левую руку и так поочередно переставлять руки, давайте возможность выполнить упражнение самому	мама папа
3. Стоять у опоры	Укрепить ног	<p>1. Семен будет держаться обеими руками об опору (стол, стул, стену и т.д.). Мама будет держать ребенка за тазобедренный сустав, ноги будут опираться о пол. Мама будет слегка расслаблять фиксацию давая возможность выпрямить ноги и сделать упор ногами о пол самому (опорная реакция ног).</p> <p>2. Ребенок будет стоять, держась за опору двумя руками (за стол, стул, диван т.д.). И наблюдать за интересными игрушками (движущимися, светящимися, либо мультяшными и т.д.)</p>	мама папа
4. Развитие речи		<p>1. Мама посадит Семена к себе на колени лицом к себе и будет рассказывать ему сказки, потешки. Накрасьте ярко губы и внятно проговаривайте потешки, выполняя движения рук в соответствие со словами потешки</p> <p>Мы капусту рубим, рубим, (рубим ребрами ладоней вверх-вниз)</p> <p>Мы морковку трем, трем, (трем кулаком одной руки по ладошке другой)</p> <p>Мы капусту солим, солим, (сжимаем пальцы щепотью, «солим»)</p> <p>Мы капусту жмем, жмем, (сжимаем и разжимаем пальцы)</p> <p>Сок капустный пьем, пьем. (подносим руки ко рту, имитируем звук, как будто пьем)</p>	мама папа

Ерсарина А.К., Токарева А.С., Кутгыбаева Ж.К.

Оказание комплексной помощи семье ребенка с инвалидностью на принципах
Международной классификации функционирования и ограничений
жизнедеятельности и здоровья

Методические рекомендации

Редактор *А.К. Ерсарина.*
Технический редактор *Д. Токтарбекова.*
Компьютерная верстка *А. Кабанбаев.*

Формат 60x84\16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 3,5

ННПЦ КП 050008, г. Алматы, ул. Байзакова 273 А,
тел\факс 394-45-17, 394-45-07.