

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЁННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ «ПОДСОЛНУХ» В Г. УЛЬЯНОВСКЕ»**

**РАННЯЯ ПОМОЩЬ, МЕДИЦИНСКАЯ, ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ:
ОПЫТ РАБОТЫ**

Ульяновск,
2020

УДК 269.8
ББК 60.99

Ранняя помощь, медицинская, психолого-педагогическая и социальная реабилитация детей, подростков и молодых людей с ограниченными возможностями здоровья: опыт работы [Текст] / под общ. ред. А.Д. Барбитовой, Т.А. Лучниковой. – Ульяновск: ОГКУ СО «РЦ «Подсолнух», 2020. – 98 с.

Рецензенты: – *Варламова Елена Сергеевна* – заведующая отделением ранней помощи ОГКУСО РЦ «Подсолнух».
– *Кривцова Наталья Сергеевна* – доцент кафедры специального и профессионального образования, здорового и безопасного образа жизни ФГБОУ ВО «УлГПУ им. И.Н. Ульянова», кандидат педагогических наук.

Печатается по решению Методического совета ОГКУ СО «РЦ «Подсолнух».

Содержание

РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	5
<i>Варламова Е.С.</i> РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	5
<i>Барбитова А.Д.</i> ВНУТРИСЕТЕВОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПО ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ И ИХ СЕМЬЯМ.....	8
РАЗДЕЛ II. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	12
<i>Коротаев О.А.</i> ЗАНЯТИЯ ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	12
<i>Добрынина Ю.Э.</i> ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	16
<i>Куварина Т.Н.</i> ИППОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	22
<i>Тимошина С.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....	26
<i>Тимошина С.В., Киреева О.А.</i> СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ФАРМАКОПУНКТУРА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ»	32
РАЗДЕЛ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	38
<i>Тараканов О.А.</i> РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	38
<i>Макарова Л.В., Макухина И.Г.</i> РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (С ДОРЕЧЕВОГО ПЕРИОДА ДО 4-Х ЛЕТ)	52
<i>Степанова Т.В., Савинова Е.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКИ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ.....	58
РАЗДЕЛ IV. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	61
<i>Наревская И.Н., Максимова Л.Ю.</i> РОДИТЕЛЬСКАЯ КОПИЛКА «РАЗВИВАЮЩИЙ УХОД ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ» (ЕСЛИ РЕБЕНОК С ДЦП, АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА).....	61
<i>Починов В.Д.</i> МОТИВАЦИЯ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ К	

ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	64
<i>Моисенко Г.А.</i> АДАптированная дополнительная Общеобразовательная программа Естественнонаучной направленности по формированию трудовых навыков в растениеводстве подростков с ограниченными возможностями здоровья и молодых инвалидов	67
<i>Корчагина Е.В., Шуватова И.Ю.</i> ОПЫТ РАБОТЫ ПО МЕТОДУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ (ФБУ) С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ.....	80
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	84
НАШИ АВТОРЫ.....	98

РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Варламова Е. С.

Развитие ранней помощи в Российской Федерации обусловлена положениями Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о правах ребенка в части создания комфортной и доброжелательной для жизни среды, обеспечения доступности и качества дошкольного образования для детей-инвалидов, детей с ограничениями жизнедеятельности, не имеющих статуса ребенка-инвалида, детей из групп риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также для детей, находящихся в социально опасном положении [1].

По данным Федеральной службы государственной статистики, за последние пять лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составляет около 2 процентов детского населения. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются психические расстройства и расстройства поведения - 22,8%, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - 20,6%, болезни нервной системы – 20% [1].

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья приводит родителей в стрессовое состояние, члены семьи испытывают потрясение, растерянность, беспомощность, что нередко приводит к социальной изоляции или даже распаду семьи. Важно, чтобы родители не только справились со стрессовым состоянием, но и приняли ребенка, каким он есть, чтобы направить свои возможности на коррекцию и компенсацию нарушенных функций организма, развитие и обучение. Таким образом, реабилитация должна быть направлена не только на ребенка, но и на его социальное окружение, в первую очередь, на семью.

Чем раньше с момента появления ребенка с ОВЗ семья получает специализированную помощь, тем благоприятней прогноз успешной социализации и адаптации семьи и развития ребенка. Наиболее эффективно раннее вмешательство в семью, когда возраст ребенка находится на границах от 0 до 3 лет 11 месяцев. Раннее начало комплексной помощи содействует максимально возможным достижениям в развитии ребенка, поддержанию его здоровья, а также успешной социализации и включению ребенка в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

В реабилитационном центре «Подсолнух» г. Ульяновска открыто отделение ранней помощи, которое является структурным подразделением Областного государственного казенного учреждения социального

обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Подсолнух» в г. Ульяновске».

Отделение ранней помощи оказывает комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг детям от рождения до 3 лет 11 месяцев и их семьям. Эти услуги направлены:

- на раннее выявление детей с ограниченными возможностями здоровья;
- на содействие их развитию, формированию физического и психического здоровья;
- на включение их в среду нормально развивающихся сверстников;
- на содействие интеграции в общество;
- а также на сопровождение и поддержку семей, повышение компетентности родителей (законных представителей).

Основные задачи, которые ставит перед собой отделение – это:

1. Сбор информации об анамнезе, основном диагнозе, исходном состоянии здоровья ребенка, его реабилитационном потенциале.

2. Осуществление консультативной помощи родителям (законным представителям) и детям, в том числе для первичной оценки развития ребенка.

3. Разработка совместно со специалистами других отделений Центра индивидуальной программы реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья, направленной на достижение оптимального уровня его здоровья и интеграции в среду сверстников.

4. Организация поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в части оказания социально-психологических и социально-педагогических услуг.

5. Проведение психолого-коррекционной, развивающей и просветительской работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, а также членами их семей.

6. Осуществление координации выполнения индивидуальных программ, контроля эффективности проводимых мероприятий, своевременное внесение необходимых корректив, контроля качества оказываемых услуг.

7. Развитие у родителей компетентности в вопросах обеспечения ухода за ребенком и его оптимального развития, в том числе в вопросах использования специального оборудования, необходимого ребенку с ограниченными возможностями здоровья.

8. Информирование профессионального сообщества и общественности о деятельности Службы, включая просветительскую деятельность в сфере ранней помощи.

Отделение ранней помощи реализует свою деятельность по следующим направлениям:

- диагностическое;

- коррекционно-развивающее;
- консультативное;
- методическое;
- просветительское.

В отделении ранней помощи работает команда специалистов. В команду входят учитель-дефектолог, учитель-логопед, воспитатель, инструктор-методист по лечебной физкультуре.

В структуре отделения предусмотрены логопедический и массажный кабинеты, кабинет ЛФК, галокомплекс «Аэромед», сенсорная комната, тренажерный и музыкальный залы, бассейн.

При оказании услуги ранней помощи детям и их семьям стараемся учитывать следующие принципы:

- бесплатности (услуги ранней помощи предоставляются без взимания платы с законных представителей);
- доступности (услуги ранней помощи доступны для потребителей);
- регулярности (услуги ранней помощи в рамках индивидуальной программы ранней помощи предоставляются на регулярной основе в течение всего времени ее действия).

Таким образом, отделение ранней помощи является необходимым и составным компонентом реабилитационного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья.

Литература:

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года.
2. Распоряжение от 31 августа 2016 г. № 1839-р Правительства РФ.
3. Орлова Е.В. Комплексное медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. – Омск: Издат. - полигр. Центр ОмГМА, 2014. – 70с.
4. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – Москва. Медицина, 1996. – 463с.
5. Раннее вмешательство: методики оценки развития ребенка и работа с семьей: Учебно-методическое пособие / под общей редакцией А.В. Старшиновой. – Екатеринбург: НПЦ «Бонум», 2010. – 180с.

ВНУТРИСЕТЕВОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПО ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ И ИХ СЕМЬЯМ

Барбитова А.Д.

Попытки разработать методы раннего вмешательства, базирующиеся на многих дисциплинах, начали предприниматься в России в конце 1980-х годов.

В мировой и российской практике по оказанию ранней помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям отмечается важная роль внутрисетевого взаимодействия специалистов реабилитационного учреждения, которое сочетает клиническую оценку детей, имеющих нарушения развития, и системное взаимодействие всех специалистов, сопровождающих ребенка, имеющего те или иные нарушения в психическом и физическом развитии.

Междисциплинарный подход означает априорное согласие с тем, что даже специфическое нарушение влечет за собой определенные последствия для личности в целом и что впечатления и опыт человека с нарушениями развития глубоко личные [1].

Первый шаг, с которого начинается оказание ранней помощи – это создание группы профессионалов (врачей, педагогов, психологов, специалистов по ранней коммуникации, физиологов зрения и слуха, физических терапевтов и эрготерапевтов и др.), владеющих междисциплинарными знаниями возрастных особенностей детей от рождения до трех лет.

Ключевым звеном в реализации междисциплинарного подхода при раннем вмешательстве становится педиатр – его обязанность совместно с родителями провести предварительную оценку потребностей ребенка и семьи и наметить начальный план вмешательства. Без такой квалифицированной оценки, сделанной в самом начале, ребенок и семья не смогут получить необходимую поддержку и сопровождение. Первая стадия оценки одновременно становится и предварительной (план для ребенка и семьи намечается пробный), и решающей (родители получают возможность использовать различные виды ресурсов, которые могут быть предложены в реабилитационном учреждении).

Современное состояние службы ранней помощи отходит от традиций, которые включали жесткие ограничения в понимании оценки профессионального вмешательства по отношению к маленьким детям с нарушениями развития. Во внутрисетевом взаимодействии специалистов по оказанию ранней помощи важным становится

- ориентация не только на медицинское обслуживание, т.е., что с детьми до трех лет работает только медицинский персонал, а сочетание разных видов обслуживания;

- обязательное включение специальных педагогов, психологов, логопедов и других специалистов в работу с детьми до трех лет, имеющих нарушения в развитии;

- включение логопедов в работу в области ранней детской коммуникации;

- изменение отношений между профессионалами, уход от строгой иерархии, при которой только врачи принимают все решения относительно потребностей ребенка и того, кто должен с ним работать, в сторону сотрудничества и взаимодействия между всеми специалистами и координация действий;

- совместное обсуждение проблемы ребенка врачом, педагогом и психологом и в соответствии с этим выработка совместных рекомендаций родителям;

- смена отношений с родителями – уход от директивных отношений и реализация отношений сотрудничества, включение родителей и семьи в программу раннего вмешательства;

- задержку или нарушение развития не всегда считать результатом органического поражения;

- учет и важность семейной ситуации и среды в целом, так и нормальных индивидуальных отличий между детьми;

- расширение практики психологической поддержки родителей детей с рождения и до трех лет с ограниченными возможностями здоровья.

Для оказания эффективной ранней помощи важно создать следующие условия.

1. Специалисты отделения ранней помощи должны быть готовыми оказывать помощь всем детям со всеми типами нарушений: с двигательными, сенсорными, когнитивными, и психосоциальными, а также с любой степенью сложности или тяжести нарушения.

2. Содействие и помощь родителям в несении ими ответственности за их детьми.

3. Скрининговые процедуры (система определения отставания или нарушения развития) и программы вмешательства с использованием междисциплинарных оценок на обеих стадиях работы. Эти процедуры должны выполняться так, чтобы:

1) они способствовали привлечению родителей к сотрудничеству в качестве членов профессиональной группы;

2) они помогали вести профессиональный диалог между разными специалистами;

3) они имели в своей основе неиерархическую философию, философию сотрудничества между специалистами, когда профессиональное

заключение относительно того, что важно, а что нет, выводилось бы из самой проблемы;

4) междисциплинарная оценка преследовала бы цель описать потенциал ребенка, а не его нарушения;

5) оценка была бы открыта для нового знания о ребенке, полученного в ходе вмешательства.

Необходимым звеном во внутрисетевом взаимодействии специалистов по реализации ранней помощи ребенку и семье становится применение опросников для родителей, с помощью которых каждый ребенок оценивается своими родителями, и эта оценка составляет основу для последующих профессиональных действий и усилий. Если работа основана на суждениях родителей, то специалистам легче наладить отношения сотрудничества с семьей. Хороши те опросники, которые недороги, очень полезны и не отнимают много времени. Дополнительное преимущество использования опросников для родителей – это то, что в дальнейшем семьи часто начинают больше интересоваться развитием своих детей.

Цель процедуры первичной диагностики – определить, нуждается ли ребенок в дополнительной диагностике и каком последующем вмешательстве, и если нуждается, то поставить рабочий диагноз и решить, к какому специалисту направить семью. Информация от родителей и результаты оценки дополняются зрительным и слуховым скринингом и педиатрическим обследованием. Процедура оценки занимает приблизительно один час, и обмен мнениями между специалистами в ходе этого процесса, особенно в случае детей с серьезными нарушениями, очень интенсивен.

На основе предварительного диагноза ребенок может быть направлен к различным специалистам реабилитационного центра для междисциплинарной оценки.

Круг специалистов может включать невролога, коррекционного педагога, логопеда, клинического психолога, аудиолога, физиолога зрения, офтальмолога, педагога-психолога. Ребенок также может быть направлен в какое-то другое учреждение, например, в генетический центр.

4. Встреча специалистов и разработка плана раннего вмешательства. Различные специалисты, основываясь на оценках, интегрируют свои выводы, для того чтобы разработать описание сильных сторон развития ребенка и идентифицировать проблемные области.

Поскольку многие оценки специалистами проводятся совместно, то идеи обсуждаются в рабочем порядке. Общая цель состоит в том, чтобы сообщить семье мнение профессиональной группы и разработать позитивный план раннего вмешательства.

Таким образом, внутрисетевое взаимодействие специалистов отделения ранней помощи направлено:

- на оценку ребенка и определения формы вмешательства;

- на обмен знаниями между профессионалами на разных этапах работы с ребенком и семьей;

- на выстраивание отношений между специалистами, представляющими разные дисциплины на принципах равноправия, понимания и сотрудничества.

РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

ЗАНЯТИЯ ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Коротаев О.А.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это группа психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями. Дебют происходит в младенческом и раннем детском возрасте.

Аутизм — это постоянное состояние, требующие не лечения, а «развития возможностей в рамках отклоняющихся параметров психики».

Дети с расстройством аутистического спектра относятся к категории разбалансированных, т.е. с нарушением координации и общей биомеханики тела.

Опыт показывает, что двигательная сфера таких детей характеризуется следующими физическими особенностями:

- наличием стереотипных движений (раскачивание всем телом, похлопывания или почесывания, машущие движения кистью или пальцами рук, движения руками, ходьба на цыпочках, кружение вокруг своей оси и другие движения);

- отмечается тяжелая порывистая походка, импульсный бег с искаженным ритмом, лишние движения руками или нелепо растопыренные руки;

- пассивность в проявлении двигательной деятельности, например, одноопорное отталкивание при прыжке с двух ног;

- движения могут быть вялыми или, наоборот, напряженно скованны с отсутствием пластичности;

- выявляются трудности выполнения действий с мячом, что связано с нарушениями сенсомоторной координации и мелкой моторики рук.

У детей с аутизмом отмечаются нарушения регуляции мышечной деятельности, своевременно не формируется контроль над двигательными действиями. Возникают трудности в становлении целенаправленных движений, страдает пространственная ориентация.

В психической сфере также наблюдаются особенности развития. Так в познавательной сфере имеются нарушения внимания, памяти, восприятия речи. Эмоциональная сфера характеризуется слабым восприятием эмоций своего партнера.

С учетом выше обозначенных особенностей детей с РАС на занятиях по физическому воспитанию руководитель должен ставить конкретные задачи, которые могут корректироваться уже в ходе занятий.

Для проведения занятий по адаптивной физической культуре (АФК) важно продумать организационную составляющую: будет ли использоваться визуальное расписание и, в каком виде, как структурировать зоны в помещении спортивного зала, какие виды поощрения будут использованы и т.д.

АФК – это педагогический управляемый процесс, имеющий коррекционный и компенсаторный характер.

Форма организации занятий должна учитывать специфику ребёнка с РАС в том плане, что такой ребёнок не может длительно концентрировать внимание, быстро утомляется, а потому продолжительность занятия во многом зависит от его самочувствия и активности.

Что касается содержания занятий, то основной сложностью здесь является создание такого содержания, которое включало бы широкий спектр разнообразных упражнений, нацеленных в первую очередь на общефизическое развитие. При этом, для каждого из упражнений должна быть возможность усложнения при сохранении общей привычной формы. Это связано с тем, что для ребёнка с аутизмом очень важны постоянство, выполнение некой стабильной последовательности действий. Такой последовательностью на наших занятиях становится серия упражнений (когда ребёнок привыкает к ним). Упражнения, привычные по форме, но с постепенно усложняющимся содержанием уменьшают стрессом, чем совершенно новые упражнения.

Так как ребенку с РАС с нарушением сенсорной интеграции сложно регулировать произвольные движения в соответствии с речевыми инструкциями, то первыми задачами обучения детей на занятиях адаптивной физической культуры являются первичные задачи:

- развитие имитационных способностей (умения подражать). Для этого на начальном этапе мы используем визуальное расписание, которое помогает выработке алгоритма занятия. На карточках могут быть изображены основные этапы занятия или основные упражнения, которые будут отрабатываться на занятии;

- стимулирование к выполнению инструкций. Формулировать задания необходимо четко и таким образом, чтобы они побуждали ребенка к действию, например: «Проползи рядом со мной», «Пробеги по линии». Поэтому инструктор обязательно двигается вместе с ребенком, рядом с ним.

Как только мы сдвинулись с первых 2-х задач, можем переходить к задачам уже непосредственно по формированию базовых двигательных навыков.

Ориентации человека в пространстве способствует проприоцептивная система, обеспечивающая нам мышечно-суставное чувство, на основе которого определяется положение тела в пространстве и

взаиморасположение его частей. Дети с аутизмом часто имеют недоразвитие этой системы, а потому их важно обучать упражнениям на развитие координации и ориентации в пространстве. К таким упражнениям относятся: прыжки на батуте, спортивном мате, большом мяче-фитболе, ползание по тоннелю, гимнастической скамейке, наклонной доске.

Чувство равновесия регулируется вестибулярной системой, находящейся во внутреннем ухе. Она реагирует на движение и гравитацию, потому связана с нашим чувством баланса, координации и движениями глаз.

На занятиях мы используем следующие варианты упражнений для развития равновесия – висы вниз головой, раскачивание на качелях, кувырки, тренажеры-балансиры, упражнения на наклонных досках, ходьба по мостику, занятия с мячами-фитболами. Эти упражнения стимулируют вестибулярный аппарат и связаны с различными положениями головы, что важно для мозгового кровообращения.

Развитию согласованности движений разных сторон тела и их координации может способствовать ползание на четвереньках, игры в «классики», перепрыгивание предметов, имитация игры на музыкальных инструментах, броски и ловля мяча обеими руками, что развивает двухстороннюю интеграцию. Развитию синхронности движений рук и моторной координации способствуют удары ракеткой по мячу, игры с мыльными пузырями, броски и ловля мяча, игры с воздушными шарами.

Технология обучения ребенка с РАС различным видам перемещений и движений во внешнем пространственном может выглядеть следующим образом:

- начинаем с обучения коротким перемещениям по прямой;
- постепенно переходим к передвижению на более длинные дистанции и к перемещениям с изменением направления движения: по кругу, дуге, зигзагообразно и др.

Для облегчения выполнения заданий, наносим разметку в зале сплошными цветными линиями или другими ориентирами, четко обозначив линии «старт» и «финиш», а также «зону отдыха»;

Незнакомые движения нужно показывать и называть, используя пошаговую инструкцию.

Часто мы сопровождаем выполняемые движения ритмичными словами, ритмическим чтением, хлопками в ладоши и т. д., что является существенной помощью ребенку и помогает ребенку закреплять движения словами.

Необходимо дозировать нагрузку и поощрять ребенка даже за малейшие успехи.

Важно помнить, **что двух одинаковых детей-аутистов не бывает.** Поэтому в процессе обучения детей необходимо соблюдать определенные правила.

1. Предъявлять учебный материал в соответствии с **индивидуальными особенностями восприятия аутичного ребенка** (кому-то при выполнении

упражнений нужна помощь взрослого, кто-то может выполнять по подражанию взрослому, а кто-то – по инструкции и показу).

2. Соотносить степень оказания помощи с той ступенью развития, на которой в данный момент находится ребенок. В частности, упражнения могут выполняться ребенком пассивно или пассивно-активно, первоначально с максимальной помощью, а в дальнейшем с постепенной минимизацией помощи и стимуляцией самостоятельного выполнения движения

3. Соблюдать правило «от взрослого к ребенку»: взрослый выполняет движение вместе с ребенком, комментируя каждое его пассивное или активное движение и давая таким образом почувствовать, как правильно нужно выполнять движение и какое именно движение выполняется в данный момент.

4. Соблюдать правило «от простого к сложному»: начинать с простых движений в пространстве тела и постепенно переходить к движениям внешнего пространственного поля (различным видам перемещений), постепенно усложняя двигательный репертуар и добиваясь автоматизации базовых движений.

5. Соблюдать цефалокаудальный закон, сущность которого заключается в том, что развитие движений в онтогенезе происходит от головы к ногам: сначала ребенок осваивает контроль за мышцами шеи, рук, затем – спины и ног.

6. Соблюдать проксимодистальный закон: развитие идет по направлению от туловища к конечностям, от ближних частей конечностей к дальним (ребенок учится сначала опираться на локти, затем на ладони; сначала – стоять на коленях, потом — на выпрямленных ногах и т. д.).

7. Обеспечивать последовательное освоение ребенком различных уровней пространства — нижнего (лежа на спине, на животе), среднего (сидя), верхнего (стоя).

Важную роль на занятиях АФК с детьми с РАС занимает игровая деятельность. Аутичных детей характеризуют низкий уровень развития игровых и символических навыков. Игра для аутичных детей имеет огромное значения, она оказывает существенное влияние на поведения ребенка, которое становится менее однообразным, стереотипичным и более гибким, игра позволяет развивать их исследовательские навыки, символические способности, гибкость мышления, воображение.

Ребёнок с аутизмом во многих случаях крайне негативно воспринимает прикосновения к себе других людей (в том числе, и учителя). В этом случае приучать ребёнка к прикосновениям следует, подходя к нему сзади — такие касания дети с аутизмом в меньшей степени рассматривают как агрессию. Постепенно ребёнок привыкает к прикосновениям, осознаёт их необходимость на занятиях физической культуры (поддержать, чтобы ты не упал, взять за руку, чтобы смог сохранить равновесие и т. п.).

Стоит учитывать и механизм действий по отношению к ребёнку-аутисту других детей в группе. Поэтому особо значимы для ребёнка с РАС

упражнения, позволяющие работать в группе. Полезно для этих целей перетягивание каната, перекидывания мяча и т.п.

Идеальная цель работы педагога здесь — это превращение ребёнка с аутизмом из объекта в субъект взаимодействия и сотрудничества.

Кроме отведенных занятий адаптивной физической культурой необходимо устраивать детям с РАС обязательные физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме повседневного дня: гимнастику до занятий, физкультурные минуты и физкультурные паузы на занятиях, физические упражнения и подвижные игры в зоне отдыха.

Все это поможет сформировать привычку (выработать положительный стереотип в поведении) у детей с РАС, к занятиям физической культурой и спортом, что приведет к снижению ритуального поведения и социализации аутистов в обществе.

Процесс реабилитации будет проходить эффективнее, если будет сопрягаться с естественными повторениями пройденного материала в русле домашнего воспитания, если родители прикладывают специальные усилия к тому, чтобы проговорить, прокомментировать для ребенка, проиграть вместе с ним пройденные упражнения и игры.

В заключении необходимо отметить, что занятия физической культуры дают широкие возможности для социализации ребенка, для работы детей в группе, а здоровый образ жизни станет образом жизни семьи.

Нормализация физического состояния и психофизического тонуса является одним из важных аспектов социализации детей с РАС. Поэтому таким детям необходимы постоянные физические нагрузки для поддержания психофизического тонуса и снятия эмоционального напряжения. Наряду со специальными занятиями по психомоторной коррекции и развитию двигательной сферы детям с РАС рекомендуются занятия адаптивным спортом.

ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Добрынина Ю.Э.

Гидрореабилитация-многолетний педагогический процесс, который заключается в передаче от тренера к ребенку-инвалиду знаний, умений и навыков различных видов деятельности: двигательной, психической, интеллектуальной и социальной в условиях водной среды.

Гидрореабилитация, как правило, проводится, в бассейне. Любые движения в воде выполняются легче, т.к. нет давления массы тела на позвоночник и суставы, а сердечно-сосудистая система лучше справляется с нагрузками, не страдают вены.

Цель гидрореабилитации – гармоничное развитие ребенка в условиях водной среды.



Рис. 1 Выполнение упражнений на занятии гидрореабилитации.

Задачи гидрореабилитации:

- улучшение физического, психологического, интеллектуального развития детей с ОВЗ;
- развитие двигательных навыков при свободном движении конечностями и туловищем;
- коррекция двигательных нарушений;
- обучение плаванию/удержание на плаву;
- обучение доступным движениям в различных плоскостях;
- оздоровление, закаливание;
- профилактика вторичных отклонений;
- привитие навыков социализации и коммуникации;
- профилактика контрактур.



Рис. 2. Групповые занятия.

Средства гидрореабилитации.

- Водная среда.
- Специальные корригирующие упражнения, лечебная гимнастика в воде (гидрокинезотерапия) и лечебное плавание.
- Спортивные и прикладные способы плавания, включая способы ныряния и транспортировки больного инвалида.

- Приемы оказания первой доврачебной помощи в случае утопления.
- Подвижные игры и развлечения в воде, доступные в зависимости от характера заболевания.
- Подводный массаж, подводный ручной массаж, гидромассаж и самомассаж в воде.
- Дельфинотерапия – это метод лечения, основанный на использовании сонофоретического эффекта дельфина, выступающего в качестве природного ультразвукового сонара, в результате воздействия которого происходит позитивная стимуляция ЦНС, и других органов пациентов.

При гидрореабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста используются следующие свойства воды:

- физические (плотность, вязкость, текучесть, запах, вкус);
- термические (теплопроводность, температурный режим);
- механические (сопротивление, выталкивание, давление);
- антигравитационные (невесомость, плавучесть).

Польза гидрореабилитации для ребенка с ограниченными возможностями заключается в том, что:

- сопротивление воды в 12 раз превосходит сопротивление воздуха и требует от тела усилий в 3 раза больше усилий, чем при занятиях на суше;
- при каждом движении затрачивается больше энергии для преодоления сопротивления;
- сила сопротивления воды помогает увеличить мышечную силу и выносливость (площадь погружения и амплитуда);
- положение тела, скорость перемещения, акустические, осязательные и тактильные ощущения стимулируют функции мозга;
- зрительный и телесный контакт с инструктором формирует коммуникативные и социальные навыки, вырабатывает базовое доверие миру
- свобода и легкость движений стимулирует самостоятельную двигательную активность, дарит радость движений, независимость.

Применение гидрореабилитации способствует развитию и восстановлению двигательных функций у детей с поражением ОДА, стимуляции ЦНС и развитию высших психических нарушений у детей с нарушениями интеллектуальной и сенсорной сферах, профилактике вторичных нарушений в деятельности ССС, дыхательной, скелетно-мышечной систем и повышение иммунитета, а также формированию начальных навыков плавания, как жизненно важного навыка у детей с инвалидностью.

Специалистам важно учитывать следующие противопоказания к занятиям с применением гидрореабилитации

Таблица 1

Противопоказания	
Заболевания	<p>Пневмония. ОРВИ, другие вирусные инфекции. Кишечные инфекции, а также расстройства кишечника. Кожные заболевания. Явные аллергические проявления острое лихорадочное состояние. Острые воспалительные процессы. Стрепто-и стафилоккодермия. Гнойные процессы. Активная форма туберкулеза. Детский судорожный синдром, НЕКУПИРОВАННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ. Тяжелые врожденные пороки сердца. Острая сердечно-сосудистая, почечная и печеночная недостаточность</p>
Особые проблемы, которые могут стать причиной отказа в занятиях гидрореабилитацией	
Особенности поведения и состояния организма	<p>Агрессия (в том числе кусание, щипание, вырывание, крик ребенка). Противодействие. Истерия. Неконтролируемые и насильственные движения. Ломкость костей. Апноэ. Спонтанная неконтролируемая дефекация и/или рвота. Большой вес при отсутствии самостоятельных движений и вербального контакта. Стойкие контрактуры и тугоподвижность суставов при большом росте</p>
Противопоказания, ограничения применения поддержки за голову	<p>Натально-спинальные повреждения в острый период Нарушение кровоснабжения</p>

	головного мозга Травматические повреждения в острый период Беспокойство и плач
--	---

Для назначения гидрореабилитации обязательно требуется ЗАКЛЮЧЕНИЕ НЕВРОЛОГА И УЗИ-ОБСЛЕДОВАНИЕ.

Ниже в табл. представлен опыт применения гидрореабилитации в ОГКУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Подсолнух» в г. Ульяновске.

Таблица 2

Пример	Особенности состояния здоровья ребенка	Результат
ДЦП, тетрапарез	Сильная спастика конечностей, не сидит и не стоит самостоятельно, не переворачивается, плохо держит голову	Успешное прохождение курса гидрореабилитации, удалось снизить спастичность в конечностях (работали в тандеме с массажем), стал расслабляться в положении лежа на спине, научился удерживать голову не опуская в воду, освоил кратковременные проныривания
Гидроцефалия, повреждение ЦНС, шунтирование	Кривошея, плохо удерживает голову, не переворачивается, не сидит самостоятельно, плохо работает правая сторона- ручка не разжимается в ладони, спастична.	За месяц гидрореабилитации ребенок разжал руку, начал выполнять упражнение «Ладушки», применялась вертикализация с помощью утяжелителей для ног. Ребенок успешно выполнял: - упражнения стоя; - упражнения на приседания в воде; - упражнения «Пузырьки на воде». Научился удерживать голову ровно, укрепились мышцы спины, были освоены кратковременные

		ныряния.
Атонико астатическая форма ДЦП Возраст – 1,3 года	Насильственные движения, не удерживает голову запрокидывает, не переворачивается, угнетенное состояние, непогашенный рефлекс Моро	За месяц гидрореабилитации ребенок освоил кратковременные ныряния, оживился в воде, успешно вертикализировался и выполнял упражнения на приседания. Уменьшилось количество насильственных движений, перестал запрокидывать голову.
Синдром Дауна Возраст – 1,2	Задержка моторного развития, слабый мышечный тонус, не встает на ножки, не ползает, проблемы со стулом	После трех месяцев занятий ребенок уверенно начал вставать на ножки, ползать, освоил кратковременные ныряния, поборол имеющиеся страхи к воде, Ребенок проходил реабилитацию в воде с мамой.

На фото ниже представлены гигиенические процедуры, технические средства и виды помощи при их использовании.



Рис. 3. Гигиенические процедуры и виды помощи.

ИППОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Куварина Т.Н.

Детский церебральный паралич – одно из наиболее серьезных заболеваний нервной системы у детей, характеризующееся органическим поражением мозга.



Рис. 4. Реабилитация методом иппотерапии.

Больные ДЦП могут быть условно распределены на три группы. К **первой** группе относятся дети с несущественно проявленными двигательными нарушениями в верхних конечностях, передвигающиеся без помощи других и в отсутствии специализированных приспособлений. Ко **второй** группе принадлежат дети с доминированием двигательных расстройств в нижних конечностях, передвигающиеся без помощи других при поддержке специализированных приспособлений. К **третьей** группе принадлежат дети, почти не умеющие передвигаться без помощи других.

Для реабилитации детей при ДЦП существует целый ряд методов ЛФК.

Метод иппотерапии является одним из успешных методов профилактики и лечения заболеваний в любом возрасте, он решает лечебно-профилактические, психолого-педагогические и медико-социальные проблемы реабилитации.

Метод иппотерапии обладает следующими достоинствами:

- вовлечение в процесс абсолютно всех групп мышц;
- балансирование телом, провоцирует к действию здоровые и проблемные мышцы;
- повышает расслабленность спастичных мышц;
- тепловой эффект от спины лошади;
- сокращает отклонения и численность гиперкинезов;
- способствует усовершенствованию координации движений;
- создает ощущение прямохождения;
- формирует характер;

- формирует ощущение своего тела в пространстве;
- подавляет страх;
- формирует уверенность, самоутверждение;
- обучение воспринимается как развлечение.

Применение иппотерапии способствует:

- коррекции порочных установок опорно-двигательного аппарата;
- повышению физической активности в суставах верхних и нижних конечностей;
- нормализация мышечного тонуса и позотонических реакций, силы мышц; вегетативных функций;
- разработке мышечно-суставного чувства и мышечно-сенсорной координации, необходимых двигательных навыков;
- развитию вестибулярных и антигравитационных реакций, сбалансированности и ориентирования в пространстве;
- формированию опороспособности нижних конечностей;
- развитию манипулятивной функции рук;
- усовершенствованию функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и иных систем организма и адаптации организма к физическим нагрузкам, познавательных процессов;
- снижению реактивности, беспокойства и поддержанию эмоциональной сферы;
- формированию самостоятельности, социальной и бытовой реабилитации.

Реабилитация ребенка с ДЦП с помощью иппотерапии включает четыре этапа.

Первый этап – адаптационный. На этом этапе происходит ознакомление детей с инструктором и лошадью, отрабатывается посадка на лошадь и спешивание, производится подготовка к решению основных коррекционных задач.



Рис. 5. Реабилитация методом иппотерапии на разных этапах.

Второй этап – базисный – включает формирование общего функционального базиса занятия, развитие сбалансированности и посадки, выполнение дыхательных упражнений.

Третий этап – оздоравливающий – содержит непосредственно реабилитационные мероприятия, направлен на снижение спастичности, возрастанию силы паретичных мышц и объема пассивных и активных движений, разработку двигательных способностей.

Четвертый – завершающий – происходит закрепление достигнутых результатов.



Виды активности при иппотерапии.

- упражнения вдоль и поперек лошади в положении как на спине, на животе;
- дыхательные упражнения;
- упражнения с закрытыми глазами;
- езда с использованием средств управления лошастью;
- усвоение элементов манежной езды шагом;
- задания для тренировки легкой моторики;
- элементы подвижных игр – кольцоброс, метание мяча в цель.



- перемещения в суставах верхних и нижних конечностей;
- наклоны и повороты туловища;
- посадка спиной вперед



Рис. 6 Этапы занятий.

Для детей **первой** группы: самостоятельное спешивание; использование элементов манежной езды шагом; при легкой степени двигательных расстройств допустимо вовлечение в занятие наиболее стремительного аллюра движения лошади – рыси.

Для детей **второй** группы: езда шагом, уроки на идущей лошади: остановка, повороты, перемены направления, езда с седлом и без седла.

Для детей **третьей** группы: ознакомление, посадка, езда на лошади в отсутствии седла, с поддержкой специального седла при постоянной помощи методиста, упражнения на стоящей и идущей лошади.



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Тимошина С.В.

Медицинская реабилитация проводится на основании следующих нормативно-правовых актов:

- Статьи 40 Закона Российской Федерации ФЗ РФ № 323 « Об основах охраны здоровья граждан РФ»;
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.12 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»;
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации №349н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при ДЦП (фаза медицинской реабилитации);
- Приложения к приказу №1705н «Порядок организации медицинской реабилитации детскому населению».

Медицинская реабилитация включает: 1) анализ объективного состояния ребенка с целью выявления показаний или противопоказаний к реабилитации; 2) диагностику исходного статуса в соответствии с международной классификацией функциональных нарушений (МКФ).

МКФ – форма реабилитационного диагноза, выходящая за пределы структурного нарушения, в состав которого входят категории: активность и участие.

Функционирование рассматривается как реализация функций и структур организма во взаимодействии с окружающей средой, включающей активность (что хочет и может организм) и участия (что реально выполняет организм) (рис. 1).

Факторы окружающей среды и личностные факторы – это факторы окружающей пациента среды, оказывающей влияние на процесс восстановления/адаптации, ускоряющие или облегчающие его, или препятствующие и замедляющие, или вовсе останавливающие.

В медицинском аспекте выделяют следующие модели развития болезни.

Биомедицинская модель – биологические факторы становятся приоритетными в развитии болезни, причиной болезни являются нарушения в работе систем организма, линейная логика медицинского диагноза.

Интегративная модель – состояние здоровья определяется не по абсолютному его значению – отсутствию болезни, а как успешное приспособление к окружающему миру.

Биопсихосоциальная модель – психосоциальные факторы влияют на дисфункции организма сильнее, чем биологические, т.к. являются источником стресса. Выздоровление зависит от психологических и социальных факторов не меньше, чем от биологических (доверие, приверженность к лечению).



Рис. 7. Взаимосвязь международной классификации болезней и международной классификации функций.

Биопсихосоциальный подход изначально рассматривает человека в его естественном психобиологическом развитии применительно к здоровью и болезни в его окружении, которое он не только воспринимает, но и по мере возможности создает сам. На смену механистическим концепциям лечения патологии организма приходят холистические концепции, в которых увязаны и переплетены самые различные факторы от генетических до комплекса общественных отношений и связей, образующих жизненное ядро человека.

Структура биопсихосоциальной модели включает следующие составляющие компоненты:

- биологическая компонент – клетки, органы, система органов;
- психологический компонент – перцептивные и когнитивные процессы;
- социальный компонент – самоидентификация, взаимоотношения в семье и близком окружении, социально значимом окружении;

Терапевтические стратегии будут более эффективными, если будут оказывать влияние на психологические и социальные процессы, лежащие в основе проблем дезадаптации, связанной или изменяющейся в связи с биологическими проблемами.

В ОГКУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Подсолнух» в г. Ульяновске медицинская реабилитация осуществляется в плановом порядке в виде первичной медико-санитарной помощи и представляет собой второй и третий этап реабилитации (после окончания острого периода заболевания, при хроническом течении заболевания).

Уровень курации реализуется с первого по третий.

Первый уровень курации проводится при легком состоянии, хроническом течении, ремиссии без сопутствующих заболеваний.

Второй уровень курации реализуется при лёгком состоянии, хроническом течении в стадии ремиссии, которое может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) наличием сопутствующих заболеваний в ремиссии.

Третий уровень курации организуется при среднетяжелом состоянии, хроническом течении; ремиссии, может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) наличием сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или иметь высокий риск возникновения осложнения.

Реабилитационный план обязательно содержит диагноз, представленные проблемы и сохранившиеся функции (в соответствии с международной классификацией функциональных нарушений), индивидуальные цели (краткосрочные и долгосрочные), цели лица, осуществляющего уход/для семьи, цели специалистов, действия, которые необходимо предпринять, оценку эффективности реабилитации.

Технологии реабилитации ДЦП включают процедуры и ЛФК-упражнения.



Процедуры направлены на устранение патологических тонических рефлексов и стимуляцию цепных реакций с головы на туловище в соответствии с онтогенезом, выработку новых двигательных навыков, а также Войта-терапия, упражнения в тренажере «Гросса», ЛФК-упражнения (рефлекторная гимнастика).

К процедурам, стимулирующим мышцы антигравитационной системы относятся физические упражнения в лечебно-нагрузочных системах «Адели», «Гравитон», «Аталант».



Процедуры, стимулирующие мышцы антагонисты спастичных мышц:

- ЛФК-упражнения;
- БОС;
- кинезиотейпирование.

Процедуры, направленные на повышение толерантности к физическим нагрузкам, увеличение мобильности суставов верхних и нижних конечностей, снижение мышечного тонуса, повышение толерантности сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам:

- механотерапия на велотренажерах с программным регулированием моторной и кардио-нагрузки;
- занятия на велотренажерах ОРТОрент и МОТОмед.

Процедуры, направленные на формирование новых двигательных «умений», улучшающие трофику тканей, повышающие двигательную активность при ограничении движения в суставах, улучшающие эмоциональное состояние:

- гидрореабилитация;
- иппотерапия.

Процедуры, направленные на стимуляцию речи, нормализацию эмоционально-волевой сферы, снижению мышечного тонуса при спастике:

- транскраниальная и трансквертебральная микрополяризация («Полярис»);
- электросон;
- ТЭС-терапия;
- мезодиэнцефальная модуляция («Магنون-ДКС»)



Биологически обратная связь в реабилитации ДЦП. В основе ее лежит теория функциональной системы П.К. Анохина в основе которой лежит постулат – полезный результат, являясь системообразующим фактором, преобразует и закрепляет центральные звенья регуляции в соответствии с требованиями, предъявляемым результатом, т.е. в точном соответствии с информационной значимостью восходящей афферентации. Афферентный восходящий поток от мышечно-суставного аппарата, возникающий при правильной вертикализации тела, адресуется непосредственно в структуры мозга, ответственные за реализацию данного вида движения. Происходит перестройка центральных координационных механизмов в заданном направлении. С нормализацией движений происходит перестройка энцефалографической структуры связей между различными мозговыми зонами с их направленным усилением и выраженной межструктурной синхронизацией, отражающими формирование новой единой объединенной системы управления конкретным двигательным действием. Это связано с информационной значимостью афферентных посылок в ЦНС от тренируемого двигательного аппарата.



Рис. 8. Фото занятия с применением биологической обратной связи в реабилитации молодых людей с ДЦП.

Важным условием является сознательное участие ребенка, формируемое путем предъявления ему конкретного полезного результата его двигательных усилий. В результате происходит целенаправленное формирование новых долгосрочных матриц, программирующих новое

двигательное поведение с оптимизацией процессов их закрепления при длительных тренировках (новые двигательные стереотипы).



Рис. 9. Фото занятия с применением БОС в реабилитации молодых людей с ДЦП.

Опыт применения БОС в реабилитации детей с ДЦП. В реабилитации принимали участие следующие целевые группы:

- спастическая диплегия GMFCS 1-3 уровень – 119 детей;
- спастическая гемиплегия GMFCS 2-3 уровень – 37 детей.

После реабилитации получены следующие результаты:

- развитие мышечного чувства, повышение способности дозировать напряжение и расслабление мышц;
- тренировка реципрокных функций;
- снижение патологических синергий и синкинезий;
- улучшение равновесия путем улучшения опороспособности;
- коррекция походки.

Метод кинезиотейпирования – это моделирование мышечно-фасциального сегмента с помощью определенного натяжения и направления при наклеивании тейпов. Воздействию подвергаются кожа, подкожная клетчатка, фасциальные образования, мышцы, связки. Тейп обеспечивает постоянную поддержку мышц и сухожилий, расслабляет перенапряженные мышцы и «навязывает» неправильно работающей мышце правильный стереотип движения.

Виды наложения тейпов: мышечно-фасциальный, корригирующий, расслабляющий, стимулирующий и т.д.

Тейпирование при спастической дизартрии (тейп накладывается на круговую мышцу рта и группу подъязычных мышц) уменьшает гиперсоливацию и улучшает процесс жевания твердой пищи.



Рис. 10. Применение метода кинезиотейпирования у детей с ДЦП.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ФАРМАКОПУНКТУРА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ»

*Тимошина С.В.,
Киреева О.А.*

Проект реализуется на базе реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Подсолнух» в г. Ульяновске и направлен на развитие в регионе новых реабилитационных услуг в области медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями и членам их семьи. В основе проекта лежат методы рефлексотерапии с сочетанием гомеопатических препаратов. Применение рефлексотерапии в реабилитационном центре «Подсолнух» осуществляется с 2012 года.

С 2012 г. в комплексную программу медико-социальной реабилитации включена процедура фармакопунктуры – обкалывание биологически активных точек (БАТ) гомеопатическими препаратами. Это существенно дополнило программу альтернативных методов реабилитации, объединяющих элементы рефлексотерапии, фитотерапии, капилляротерапию по Залманову (скипидарные ванны), китайский скребковый массаж гуа-ша и гирудотерапию.

Реализует методику обкалывания БАТ врач рефлексотерапевт и медсестра процедурного кабинета.

Актуальность проекта. Бурное развитие фармацевтической индустрии в XX веке позволило значительно снизить смертность от многих жизнеугрожающих заболеваний, улучшить качество жизни людей с хроническими неизлечимыми болезнями. В тоже время значительно уменьшился удельный вес природных средств в арсенале лечебных воздействий. Результат не заставил себя долго ждать. Приблизительно 50% заболеваний, регистрируемых ежегодно в развитых странах, уже привычно относится к ятрогенным. В связи с чем ВОЗ отнесла лекарственные препараты к факторам, загрязняющим окружающую среду, и была вынуждена обратить внимание общественности на необходимость развития натуральной медицины.

Российские врачи так же бьют тревогу и констатируют фармакологическую перенасыщенность у детей с хроническими заболеваниями. Так токсические гепатиты все чаще диагностируются в педиатрии. Получается замкнутый круг: тяжелое заболевание вынуждает принимать массу фармпрепаратов, которые провоцируют рост сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, аллергических болезней, снижение иммунитета, что со временем приводит к необходимости лечить уже эти приобретенные болезни.

Применение гомеопатических препаратов методикой обкалывания рефлексогенным биологически активным точкам повышает качество и уменьшает побочно токсическое действие официальных лекарственных препаратов.

Цели проекта.

1. Максимальное расширение реабилитационного потенциала детей с ограниченными возможностями в результате активного сочетания традиционных и альтернативных методов реабилитации.

2. Обучение родителей работе с биологически активными точками в домашних условиях методом акупунктуры (ритмичные надавливания на БАТ).

Для достижения целей проекта необходимо решить следующие задачи.

1. Разработать и реализовать программы применения альтернативных и немедикаментозных методов реабилитации в рамках декады инвалидов (декабрь 2020 г.).

2. Разработать программу и план проведения сеансов фармакопунктуры, рефлексотерапии с детьми с ограниченными возможностями в РЦ «Подсолнух».

3. Обучить родителей часто болеющих детей и детей с ограниченными возможностями работе с БАТ методом акупунктуры.

4. Освещение в средствах массовой информации проблемы роста общесоматической заболеваемости детей, роста ятрогенных заболеваний и актуальности немедикаментозных средств реабилитации

Основные положения фармакопунктуры.

Фармакопунктура гомеопатическими лекарственными препаратами объединяет рефлексотерапию из традиционной китайской медицины и гомеопатический метод лечения, родиной которого является Германия. Объединение гомеопатии и рефлексотерапии позволяет усилить эффективность обоих методик. Малым количеством натуропатических лекарственных веществ, через особые активные точки на теле ребенка можно добиться существенного толчка в развитии двигательных и психоречевых функций, при этом минимизируются риски токсического воздействия на печень, почки и желудочно-кишечный тракт, на детский организм в целом.

Курс фармакопунктуры состоит из 10 сеансов, с частотой 2 раза в неделю.

Показания к фармакопунктуре:

- нарушение функции движения: (спастические и вялые параличи);
- задержка двигательного развития в раннем возрасте;
- гиперкинезы;
- болевые синдромы.

Противопоказания:

- острые инфекционные заболевания;
- декомпенсация хронических текущих заболеваний;
- непереносимость лекарственного препарата;
- онкология;
- кожная сыпь.

Методика проведения фармакопунктуры.

Перед началом проведения процедуры необходимо психологически настроить ребенка к сеансу фармакопунктуры. Ребенок не должен быть голодным, чрезмерно возбужденным.

Врач рефлексотерапевт составляет схему биологически активных точек (БАТ), в которые вводится гомеопатическое средство. В виде игры ватной палочкой, обработанной йодом, врач обозначает выбранные БАТ на теле ребенка. Медсестра распределяет гомеопатическое средство в 2-3 инсулиновых шприца с тонкой иглой. Ребенок укладывается на кушетку, отвлекающим фактором может быть планшет с мультфильмом, книга, игрушка. Мама придерживает ребенка. Медсестра очень быстро короткими поверхностными уколами до достижения папулы на коже вводит микродозы по отмеченным точкам. На один сеанс используется 0,5 мл до 1мл гомеопатического средства в 6-10 БАТ. Процедура осуществляется достаточно быстро и безболезненно, чтобы не вызвать чувство страха у ребенка. В завершении сеанса медсестра обучает родителей работе с биологически активными точками в домашних условиях методом

акупрессуры 10-15 ритмичных надавливаний на каждую точку ежедневно на протяжении 2-3х недель.

Место реализации проекта.

Областное государственное казенное учреждение социального обслуживания "Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Подсолнух» в г. Ульяновске», расположенное по адресу: г. Ульяновск, ул. Герасимова д.9.

Сроки реализации проекта.

Проект реализуется с 2012 года на базе центра.

Коллектив проекта.

- Тимошина Светлана Васильевна – заведующая отделением медико-социальной реабилитации;
- Киреева Ольга Анатольевна – процедурная медицинская сестра.

Целевые группы.

- Дети с ограниченными возможностями и их родители, принятые на реабилитацию в РЦ «Подсолнух» (75 человек течение года).
- Дети с ограниченными возможностями и их родители в социальной гостинице на период реабилитации (20 человек).

География проекта: Ульяновская область.

Новизна проекта:

- применение сочетания рефлексотерапии и гомеопатических препаратов расширяет перечень предлагаемых услуг; РЦ «Подсолнух» в области медико-социальной реабилитации;
- внедрение программы альтернативных методов реабилитации позволяет повысить эффективность реабилитации детей с ограниченными возможностями;
- через обучение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями расширяет возможности применения метода акупрессуры биологически активных точек в домашних условиях.

План реализации проекта

№	Содержание деятельности	Сроки	Ответственное лицо
I этап проекта			
1	Осмотр детей неврологом-рефлексотерапевтом	В течение 2020г	Тимошина С.В., врач невролог-рефлексотерапевт
2	Составление схемы фармакопунктуры по БАТ	В течение 2020г	Тимошина С.В., врач невролог-рефлексотерапевт
3	Проведение методики фармакопунктуры гомеопатическими средствами по БАТ	В течение 2020г	Киреева О.А., медсестра процедурного кабинета

4	Обучение родителей работе с БАТ методом акупунктуры	В течение 2020г	Киреева О.А., медсестра процедурного кабинета
II этап проекта			
1	Просветительные беседы с родителями о возможности воздействия по БАТ	В течение 2020г	Киреева О.А.? медсестра процедурного кабинета
2	Выступление на конференции по реабилитации о методе фармакопунктуры и работе с БАТ	4 квартал 2020г	Киреева О.А., медсестра процедурного кабинета
III этап проекта			
1	Подведение итогов в работе по программе «Комплекс альтернативных немедикаментозных методов реабилитации», комплексная оценка состояния здоровья детей по итогам года	Декабрь 2020г	Тимошина С.В., врач невролог- рефлексотерапевт
2	Представление результатов программы «Комплекс альтернативных немедикаментозных методов реабилитации» в рамках декады инвалидов на научно-практической конференции в г. Ульяновске	Декабрь 2020г	Тимошина С.В., врач невролог- рефлексотерапевт
3	Освещение в средствах массовой информации проблемы ятрогенных заболеваний у детей и актуальности применения альтернативных немедикаментозных средств оздоровления и реабилитации	Декабрь 2020г	Тимошина С.В., врач невролог- рефлексотерапевт

Перспективы проекта. Внедрение программы «Фармакопунктура в медицинской реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья» в процессе комплексной реабилитации детей с ОВ в РЦ «Подсолнух» позволит:

- снизить количество обострений сопутствующих хронических заболеваний внутренних органов и систем у детей и подростков на 30-50%;

- снизить количество респираторных заболеваний целевой группы детей;
- повысить грамотность родителей детей с ОВ в области альтернативных нетрадиционных методов реабилитации и оздоровления.

РАЗДЕЛ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Тараканов О.А

Данная программа подготовлена на основе следующих нормативных актов:

- Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 N 442-ФЗ
- Закон Ульяновской области - ЗО «О регулировании некоторых вопросов в сфере социального обслуживания населения на территории ульяновской области» от 6 ноября 2014 года № 174.

Когда мы говорим о доступной среде жизнедеятельности для молодых людей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), то предполагаем, в том числе, и доступность к духовной жизни и достижениям науки.

В системе мер социальной защиты этих молодых людей все большее значение приобретают активные формы. К ним относятся реабилитация и социальная адаптация средствами физической культуры и спорта.

Среди основных целей и задач государственной политики в области реабилитации и социальной адаптации инвалидов средствами физической культуры и спорта стоит создание условий для занятий физической культурой и спортом и формирования потребностей в этих занятиях.

К лицам с ограниченными возможностями здоровья относятся лица, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии.

Выделяются следующие группы нарушений:

- нарушения слуха (глухие, слабослышащие);
- нарушения зрения (слепые, слабовидящие);
- нарушения речи;
- нарушения опорно-двигательного аппарата;
- нарушения интеллектуального развития;
- генетические нарушения и др.

В ОГКУСО РЦ «Подсолнух» г. Ульяновска в отделении социокультурной реабилитации и абилитации молодых инвалидов чаще проходят курс реабилитации молодые люди со следующими физическими и психическими нарушениями:

- аутизм – это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним

дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями;¹

- детский церебральный паралич (ДЦП) – это термин, объединяющий группу хронических не прогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном (околородовом) периоде. Отмечается ложное прогрессирование по мере роста ребёнка;²

- шизофрения – это эндогенное полиморфное психическое расстройство (или группа психических расстройств), характеризующееся распадом процессов мышления и эмоциональных реакций;³

- синдром Дауна – это одна из форм геномной патологии, при которой чаще всего кариотип представлен 47 хромосомами вместо нормальных 46, поскольку хромосомы 21-й пары, вместо нормальных двух;⁴

- слабослышащие – это полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать звуки. Нарушением слуха может страдать любой организм, способный воспринимать звук. Звуковые волны различаются по частоте и амплитуде.⁵

Цели и задачи программы.

Цель программы – коррекция физического развития молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, реабилитация двигательных функций организма.

Программа направлена на развитие физических качеств и способностей, совершенствование функциональных возможностей организма, укрепление индивидуального здоровья, обеспечение развития и тренировки всех систем и функций организма клиента через оптимальные физические нагрузки, формирование жизненно необходимых двигательных умений и навыков.

Данная программа направлена на содействие воспитанию нравственно-волевых качеств, развитию коммуникативной и познавательной деятельности, воспитанию бережного отношения к своему здоровью, формированию потребности в систематических занятиях физическими упражнениями, устойчивой мотивации к здоровому образу жизни.

Задачи программы.

Реабилитационные задачи.

1. Формирование и развитие жизненно необходимых двигательных умений и навыков у молодых людей с ОВЗ.

3. Обучение технике правильного выполнения физических упражнений молодыми людьми с ОВЗ.

¹ <https://slovar.cc/med/psih/2200440.html>

² <https://slovar.cc/poisk-find.html>

³ Там же.

⁴ Там же.

⁵ Там же.

4. Формирование навыка ориентировки в схеме собственного тела, в пространстве людьми с ОВЗ.

Оздоровительные и коррекционные задачи:

1. Укрепление и сохранение здоровья, закаливание организма клиентов.
2. Активизация защитных сил организма клиента.
3. Повышение физиологической активности органов и систем организма.
4. Укрепление и развитие сердечно-сосудистой и дыхательной системы.
5. Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиозы, плоскостопия).
6. Коррекция и компенсация нарушений психомоторики (преодоление страха, замкнутого пространства, высоты, нарушение координации движений, завышение или занижение самооценки).
7. Коррекция и развитие общей и мелкой моторики.

Развивающие задачи:

1. Формирование сознательного освоения двигательных умений и навыков у молодых людей с ОВЗ.
2. Развитие двигательных качеств (быстроты, ловкости, гибкости, выносливости, точности движений, мышечной силы, двигательной реакции).
3. Формирование и совершенствование двигательных навыков прикладного характера.
4. Развитие пространственно-временной дифференцировки.
5. Обогащение словарного запаса.

Воспитательные задачи:

1. Воспитание в молодых людях чувства внутренней свободы, уверенности в себе, своих силах и возможностях.
2. Воспитание нравственных и морально-волевых качеств и навыков осознанного отношения к самостоятельной деятельности, смелости, настойчивости.
3. Воспитание устойчивого интереса к занятиям физическими упражнениями.
4. Формирование осознанного отношения к своему здоровью и мотивации к здоровому образу жизни.

Ожидаемый результат:

- повышение реабилитационного потенциала молодых людей с ОВЗ через коррекцию физического развития. Развитие и поддержание интереса к занятиям физической культуры как образу жизни.

В ходе реализации программы оценивается уровень физического развития, развитие координации движений.

Формами подведения итогов реализации программы являются:

- включенное наблюдение за молодыми людьми в процессе занятия
- проверка выполнения отдельных упражнений;

- выполнение индивидуальных занятий.

Физическая характеристика молодых людей с аутизмом.

У данной группы молодых людей наблюдается асинхрония в двигательной сфере, когда познавательные процессы опережают развитие двигательных. В целом отмечается недостаточность развития общей и мелкой моторики. Наличие мышечного гипотонуса определяет особенности и возможности двигательного статуса молодых людей с ОВЗ. Это проявляется в неловкости и нарушениях координации произвольных движений, особых трудностях в овладении элементарными навыками самообслуживания, несформированности пальцевого хвата, мелких движений кисти и пальцев рук (не могут застегнуть одежду, обувь).

Отмечается вычурность позы (например, поза с расставленными руками и на цыпочках), «деревянность» походки при движении, недостаточность и бедность мимических движений. При этом у молодых людей может быть хорошо развит импульсивный бег и способность «ускользнуть» от взрослых, т.е. избегать дискомфортных для себя раздражителей и социальных контактов.

Одновременно при столь многих двигательных несовершенствах аутичный клиент может в значимой для него ситуации продемонстрировать удивительную ловкость и гибкость движений, например, неожиданно совершать «немыслимые» по сложности действия: вскарабкаться по книжной этажерке или шкафу на самую верхнюю полку и уместиться там, сжавшись в клубок.

Физическая характеристика молодых людей с ДЦП.

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов. На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации).

Физическая характеристика глухонемых, слабослышащих молодых людей.

Известно, что поражение функции слухового анализатора приводит к целому ряду вторичных отклонений и прежде всего к задержке в речевом развитии. Речь выступает как средство взаимосвязи людей с окружающим миром. Нарушение такой связи приводит к уменьшению объема получаемой информации, что сказывается на развитии всех познавательных процессов, и тем самым влияет на процесс овладения всеми видами двигательных навыков. Глухим и слабослышащим людям свойственны разнообразные нарушения в двигательной сфере, к наиболее характерным относятся:

- недостаточно точная координация и неуверенность в движениях, что особенно заметно при овладении навыком ходьбы у малышей, и проявляется в более старшем возрасте в виде шаркающей походки;

- трудность сохранения статистического и динамического равновесия;

- относительно низкий уровень развития ориентировки в пространстве;

- замедленная скорость выполнения отдельных движений, всего темпа деятельности в целом по сравнению со слышащими.

Физическая характеристика людей с синдромом Дауна.

У многих людей с синдромом Дауна наблюдается плоскостопие, обусловленное вялостью сухожилий. Вследствие общей вялости связок, человек как бы «собран недостаточно жёстко». Как правило, это не приводит к каким-либо серьёзным проблемам, если не считать вывихов и подвывихов, которые иногда происходят с коленной чашечкой или бедром. Многие люди с синдромом Дауна имеют пониженный мышечный тонус, недостаточную силу мышц и ограниченную их координацию. Однако мышечный тонус и сила с возрастом заметно возрастают.

Принципы, формы и методы работы.

В основу программы заложены следующие принципы.

1. Принцип создания мотивации - побуждение к действию. Создание мотивации это - психофизиологический процесс, управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности. Педагог в ходе занятий через создание условий для обучающихся способствует и поддерживает проявление их активности в деятельности;

2. Принцип непрерывности процесса реабилитации. За счет непрерывности проведения реабилитационных мероприятий достигаются уменьшение инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности. Как указывает С.Н. Зорина (1970) «Очень важным является положение о непрерывности реабилитации: медицинская реабилитация должна начинаться в процессе лечения, профессиональная реабилитация должна начинаться сразу же по окончании медицинской; работать человек должен начать сразу же по окончании курса профессиональной реабилитации. В противном случае, больной привыкает к пенсии, страдает его психика, и практика показывает, что привлечь его к реабилитации в поздние сроки после лечения очень трудно»);

3. Принцип поощрения. Использование поощрения в самых различных видах деятельности даёт возможность стимулировать способности и склонности как в области учения, так и в разнообразной внеурочной деятельности);

4. Принцип сотрудничества с родителями подразумевает формирование эффективной родительской позиции и способствует развитию коммуникативных способностей молодых людей с ОВЗ.

В ходе реализации программы использовались консультативно – рекомендательные встречи; индивидуальные занятия с ребенком и его родителями, просветительская работа, работа по формированию и поддержке мотивации как у молодых людей, так и их родителей, а также совместные мероприятия детей-инвалидов с детьми из малоимущих семей.

Формы работы варьировались в зависимости от типа семейного воспитания, от характера и степени нарушений развития ребенка.

Формы, используемые при реализации программы:

- 1) физические упражнения;
- 2) корригирующие упражнения;
- 3) коррекционные подвижные игры, элементы спортивных игр;
- 4) групповая и индивидуальная работа;
- 5) работа в паре и микро-группах.

Средства, используемые при реализации программы: материально-технические средства физической культуры: спортивные тренажеры, спортивный инвентарь, наглядные средства.

Способы организации молодых людей на занятии – групповой, индивидуальный.

На занятиях используются все методы реабилитации. Учитывая особенности восприятия даваемого материала молодыми людьми применяются разнообразные приёмы, которые учитывают физические возможности клиента, запас знаний и умений, наличие предыдущего зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки.

Методы, используемые при реализации программы.

Методы, используемые при реализации программы, направлены на развитие двигательной деятельности воспитанников.

Метод практических упражнений. Чтобы совершенствовать у молодых людей с ограниченными возможностями здоровья определённые двигательные умения и навыки, необходимо многократное повторение изучаемых движений.

При этом необходимо учитывать следующие особенности применения метода практических упражнений:

- выполнение упражнения по частям, изучая каждую фазу движения отдельно, а затем объединяя их в целое;
- выполнение движения в облегчённых условиях;
- выполнение движения в усложнённых условиях (например, использование дополнительных отягощений – гантели 0,5кг, сужение площади опоры при передвижении и т.д.);
- использование сопротивлений (упражнения в парах, с резиновыми амортизаторами и т.д.),
- использование ориентиров при передвижении (звуковые, осязательные, обонятельные и др.);
- использование имитационных упражнений;

- подражательные упражнения;
- использование при ходьбе, беге лидера;
- использование страховки, помощи и сопровождения, которые дают уверенность клиенту при выполнении движения;
- использование изученного движения в сочетании с другими действиями (например, ведение мяча в движении с последующим броском в цель и др.);
- изменение исходных положений для выполнения упражнения (например, сгибание и разгибание рук в упоре лёжа от гимнастической скамейки или от пола);
- изменение внешних условий выполнения упражнений (на повышенной опоре, на мяче и т.д.);
- изменение в процессе выполнения упражнений таких характеристик как темп, ритм, скорость, направление движения, амплитуда, траектория и т.д.;
- изменение эмоционального состояния (бег в эстафетах, в подвижных играх, выполнение упражнений с речитативами, различным музыкальным сопровождением и др.)

Метод инструкций или внешнего контроля управления (относится к методу слова), он предполагает управление действиями клиента на расстоянии посредством команд и инструкций.

Метод наглядности занимает особое место. Наглядность является одной из специфических особенностей использования методов обучения в процессе ознакомления с предметами и действиями.

Метод стимулирования двигательных действий. Анализ и оценка выполнения движений способствует сознательному выполнению физических упражнений. Правильность выполнения оценивается путём наблюдения и указаний, анализа в процессе занятия.

Начинать занятия можно с любого периода, учитывая индивидуальные особенности молодых людей. Использовать программу по физической культуре возможно и в других возрастных группах, меняя дозировку, нагрузку, подбирая упражнения и игры с учетом психофизиологических особенностей молодых людей.

Методами подведения итогов реализации программы являются.

- включенное наблюдение за обучающимися в процессе занятий;
- проверка выполнения отдельных упражнений;
- контроль за выполнением заданий.

Формы проведения занятий по физкультуре

	Форма проведения занятия	Вид упражнения	Направленность упражнения	Форма упражнения
1.	Учебно-тренирующего характера	Разные виды ходьбы; упражнения строевые, на ориентировку в пространстве, разминочный бег	Общеразвивающие упражнения, основные движения, подвижная игра	Успокоительная ходьба (малоподвижная игра), дыхательные упражнения
2	Сюжетные	Любые физические упражнения, органично сочетаемые с сюжетом		
3	Игровые	Игра средней подвижности (разминка)	2-3 игры с разными видами движений (последняя большой подвижности)	Малоподвижная игра
4	Тематические	С одним видом физических упражнений: лыжи, плавание и др. (проводятся по специфичной методике)		
5	Комплексные	С элементами развития речи, математики, конструирования и т.д. по типу занятий № 1, 2, 3, но с включением дополнительной задачи из других разделов программы, которая решается через движения		
6	На воздухе	По типу № 1, 2, 3, 4, 5, но с большим содержанием интенсивных движений (бега, прыжков)		

7	Контрольно-учетные	Может быть укорочена I и III часть занятия, увеличено время на основные движения; Проводятся в конце квартала, года для получения информации об овладении детьми основными движениями.	Не используются общеразвивающие упражнения.	
---	--------------------	--	---	--

Для более успешной и эффективной работы по программе устанавливаются связи с сотрудниками Центра и родителями.

Программа по физической культуре включает методические рекомендации по ЛФК и разделы образовательной программы «Общая физическая подготовка», для молодых людей с особыми образовательными потребностями.

В ходе реализации программы оценивается уровень физического развития, развитие координации движений, использование физической культуры в повседневной жизни.

Тематический план

№ п/п	Темы	Кол-во часов по программе	Формы проведения
Раздел 1. Входная диагностика физического развития и физической подготовленности			
1	1.1. Обследование физического развития и физической подготовленности	3	Комплексная диагностика, тестирование, наблюдение, осмотр
Раздел 2. Введение			
2	2.1. Техника Безопасности. 2.2. Здоровый образ жизни.	3	Игра
Раздел 3. Профилактика заболеваний и травм рук			
3	3.1. Упражнения на расслабление мускулатуры плечевого пояса.	4	С элементами развития речи, математики, конструирования и т.д. по типу занятий № 1, 2, 3, но с включением дополнительной задачи из других разделов
	3.2. Упражнения на тонизацию и активную работу плечевым поясом	4	
	3.3. Упражнения на согласованность работы рук и ног.	4	
	3.4. Силовые упражнения на		

	мышцы плечевого пояса.	4	программы, которая решается через движения
4	Дыхательные упражнения.	4	С элементами развития речи, математики, конструирования и т.д. по типу занятий № 1, 2, 3, но с включением дополнительной задачи из других разделов программы, которая решается через движения
5	Упражнения на координацию	8	С элементами развития речи, математики, конструирования и т.д. по типу занятий № 1, 2, 3, но с включением дополнительной задачи из других разделов программы, которая решается через движения
6	Упражнения на мышцы брюшного пресса	6	С элементами развития речи, математики, конструирования и т.д. по типу занятий № 1,2,3, но с включением дополнительной задачи из других разделов программы, которая решается через движения
7	Упражнения на гибкость	5	С элементами развития речи, математики, конструирования и т.д. по типу занятий № 1, 2, 3, но с включением дополнительной задачи из других разделов программы, которая решается через движения
8	Элементы спортивных игр	6	Тематическая,

			сюжетная игра
Раздел 4. Выходная диагностика физического развития и физической подготовленности			
9	Обследование физического развития и физической подготовленности	физического и физической	2
			Контрольно-учетная комплексная диагностика, тестирование, наблюдение, осмотр
	ИТОГО:		53

Содержание

Раздел 1. Входная диагностика физического развития и физической подготовленности

Ходьба, пространственная ориентация (пройти вперед, назад) (приставными шагами влево, вправо). Равновесие, координация (простоять на одной ноге 10 секунд, на правой затем на левой, руки по швам, затем тоже самое руки в стороны, руки вперед). Бег, пространственная ориентация (пробежать легким темпом лицом вперед, спиной вперед, приставными шагами правым боком, левым боком.) Возможности мышечного корсета и подвижность суставов через ползание (проползти вперед, помогая руками и ногами, проползти только при помощи рук, только при помощи ног, проползти на спине при помощи ног). Ловкость, скорость и выносливость через прыжки в длину, в высоту, на скакалке. Ловкость координация внимательность через бросание ловлю метание теннисного мяча. Функционал ног через приседания (Приложение 1, 2).

Раздел 2. Основы теоретических знаний

История физической культуры и спорта. Личная гигиена. Основы организации и проведения самостоятельных занятий физическими упражнениями. Техника безопасности при самостоятельных занятиях.

Комплекс упражнений по ЛФК.

Раздел 3. Профилактика заболеваний и травм рук

Развитие плечевого пояса (при утрате нижних конечностей или недостатке их работы, восполняют утрату подвижности и силы ног, компенсаторно развивается плечевой пояс). Профилактика заболеваний и травм рук (постоянная опора на руки предрасполагает к заболеваниям и травмам). Предупреждение мышечного перенапряжения, вызванного несбалансированностью движений разных групп мышц и потерей их эластичности. Профилактика мышечной несбалансированности.

Профилактика травм суставов и сухожилий. Упражнения на работу мышц-антагонистов (любое движение в суставе обязано работе двух противодействующих групп мышц, называемых мышцами-антагонистами. Например, разгибание локтевого сустава требует одновременного сокращения трицепса и растяжения бицепса, а сгибание руки в локте — наоборот. Мышечная несбалансированность как раз и возникает, когда мышцы-антагонисты развиты не в равной степени. Это ставит под угрозу целостность суставов и усиливает риск получить другие травмы, в том числе растяжение сухожилий. Комплекс упражнений для рук (Приложение 3).

Раздел 4. Дыхательные упражнения

Болезни органов дыхания. Профилактика болезней органов дыхания. Дыхательные упражнения. Метод управления дыханием. Прерывистое дыхание. Задержка дыхания. грудным, брюшным или диафрагмальным и смешанным. Типы дыхания (грудной, брюшной или диафрагмальное и смешанное. Комплекс упражнений (Приложение 4).

Болезни органов дыхания относят к наиболее частой патологии. При этих заболеваниях не только развиваются соответствующие изменения в дыхательных путях и легочной ткани, но и существенным образом изменяется функция дыхания, а также наблюдаются нарушения деятельности других органов и систем. Всем известно, что важным средством тренировки дыхательного аппарата являются дыхательные упражнения. На занятиях физической культуры, чтобы достичь высокой эффективности и экономичности дыхательного аппарата при выполнении упражнений, необходимо использовать метод управления дыханием. Нужно, чтобы каждая фаза дыхания (вдох или выдох) строго соответствовала определенной фазе движения. Задача сложная, но необходимая.

Под специальными навыками понимается:

1. Умение управлять актами вдоха и выдоха по длительности и скорости их выполнения, т.е. произвольно удлинять или укорачивать, ускорять или замедлять вдох и выдох;
2. Хорошее владение навыком прерывистого дыхания;
3. Умение задерживать дыхание на определенное время;
4. Умение воспроизводить заданную величину жизненной емкости легких, т. е. произвольно управлять объемом вдоха и выдоха;
5. Владение навыками различных типов дыхания.

Раздел 5. Упражнения на координацию движений

Комплекс упражнений на координацию движений. Комплекс медитативных упражнений. Упражнения на равновесие. Комплекс упражнений на гибкость суставов и укрепление мышц (Приложение 5).

Упражнения на координацию позволяют постепенно и всесторонне подойти к вопросу освоения пространства и умения координировать свои действия в этом пространстве. А тренировка сознания позволяет подготовить прочную базу для изучения более сложных комплексов и медитативных упражнений. Кроме общеоздоровительного эффекта, стимуляции деятельности нервной системы, сохранения гибкости суставов и укрепления мышц, упражнения на равновесие и координацию способствуют выработке устойчивости при опоре на малую площадь, что невозможно без внутреннего спокойствия и сосредоточенности.

Раздел 6. Упражнения на мышцы брюшного пресса

Упражнения на осанку. Упражнения на напряжение и ослабление мышц живота. Комплекс упражнений на мышцы брюшного пресса (Приложение 6).

Сильные и хорошо развитые мышцы живота имеют не только эстетическое значение. Слабые и дряблые мускулы не выдерживают давления внутренних органов, особенно при натуживании, что приводит к нарушению осанки. На животе легко откладывается жир, усугубляя все негативные последствия, вызванные слабостью брюшной стенки. Тренированные же мышцы обеспечивают фиксацию внутренних органов, правильную осанку, красивый внешний вид, а также способствуют эффективному выполнению профессиональной деятельности, связанной с физическими нагрузками.

Раздел 7. Упражнения на гибкость

Упражнения на растяжимость мышц. Упражнения на подвижность, мобильность, работоспособность суставов. Профилактика травматизма.

«Запас гибкости» (а точнее сказать, «резервная растяжимость»), позволяет в пределах соблюдаемой амплитуды движения свести к минимуму сопротивление растягиваемых мышц, благодаря чему движения выполняются без излишнего напряжения, более экономично. **Кроме того, резервная растяжимость служит гарантией против травм.**

Физиологическое значение упражнений на растягивание заключается в том, что при достижении и удержании определенной «растянутой» позы в мышцах активизируются процессы кровообращения и обмена веществ. Упражнения на подвижность в суставах позволяют сделать мышцы более эластичными и упругими (повысить «неметаболическую» силу), увеличивают мобильность суставов.

Это способствует повышению координации движений, увеличивает работоспособность мышц, улучшает переносимость нагрузок и обеспечивает, как уже говорилось выше, профилактику травматизма.

Поскольку при растягивающих упражнениях улучшается кровообращение мышц, данный вид упражнений является эффективным средством, ускоряющим процессы восстановления после объемных и скоростно-силовых нагрузок, за счет удаления из организма продуктов метаболического обмена (шлаков) (Приложение 6,7).

Раздел 8. Элементы спортивных игр

Элементы спортивных игр с мячом (волейбол, футбол, мятание мяча).

Необходимо включать в разработку программы элементы спортивных игр. Выполнение элементарных движений (подача и передача мяча в волейболе; отбивание мяча кулаком, коленями, здоровой ногой в футболе, метание мяча на дальность и меткость и др.)

Литература:

1. Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фади́на А.К. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010.
2. Возрастная и педагогическая психология / Сост. М.О. Шуаре. – М., 1992.
3. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М., 1991.
4. Гончарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. – Л.: «Медицина», 1974.
5. Грехнев В.С. Культура педагогического общения. – М., 1990.
6. Евсеев С.П., Шапнова Д.В. Физическая культура и спорт инвалидов – Советский спорт, 2004.
7. Загуменнов Ю.Л. Инклюзивное образование: создание равных возможностей для всех учащихся. – Минская школа сегодня. – 2008. – № 6.
8. Закон Ульяновской области от 6 ноября 2014 года № 174-ЗО «О регулировании некоторых вопросов в сфере социального обслуживания населения на территории ульяновской области [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/15346881/#friends>.
9. Козлова О.А., Коротаева Е.Ю. Адаптивная физическая культура – проспект, 2019.
10. 25. Комплекс упражнений по ЛФК – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rosokr.ru/material/material-proekt/9-pril-k>.
11. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учебное пособие. – М., Издательство «ACADEMA», 2001.
12. Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. проф. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 2004.
13. Литош Н.Л., Адаптивная физическая культура: Психолого-педагогическая характеристика людей с нарушениями в развитии: Учебное пособие. – М.: СпортАкадемПресс, 2002.
14. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: Учебник для институтов физической культуры. – М.: Физкультура и спорт, 1991.
15. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней. – М.: Медицина, 1982.
16. Немов Р.С. Психология: Кн. 2. – М., 1997.
17. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. – М., 1991.
18. Педагогика / Под ред. В.А. Сластёнина. – М., 2002.

19. Потапчук А.А., Матвеев С.В., Дидур М.Д. Лечебная физическая культура в детском возрасте. Учебно-методическое пособие. – СПб: «Речь» 2007.
20. Практическая психология для преподавателей / Сост. М.К. Тушкина и др. – М., 1997.
21. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология. – СПб., 1999.
22. Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 N 442-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/.
23. Физическая реабилитация. Учебник. / Под ред. проф. С.Н. Попова. Издание второе. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2004.
24. Фришман И.И. Методика работы педагога дополнительного образования. – М., 2001.
25. Харламов И.Ф. Педагогика. – М., 1997.

Интернет-ресурсы:

_ <https://nsportal.ru/shkola/fizkultura-i-sport/library/2017/08/30/rabochaya-programma-po-fizicheskoy-kulture-dlya-detey-s>

РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (С ДОРЕЧЕВОГО ПЕРИОДА ДО 4-Х ЛЕТ)

*Макарова Л.В.,
Макухина И.Г.*

Ранний возраст (от рождения до 4-х лет) — особый период в жизни ребенка. По интенсивности развития, по сложности задач, решаемых на этом этапе, первые годы жизни не имеют себе равных. А еще это самый благоприятный период для усвоения основ родной речи. Что будет упущено сейчас, позже может потребовать двойных усилий! Давайте выясним, а что, собственно, влияет на становление речи у малыша.

Какие факторы влияют на развитие речи?

На развитие речи влияют биологические и социальные факторы. К **биологическим факторам** относятся наследственность; правильное строение и функционирование центральной нервной системы, речевых центров в мозге, органов слуха и речи; здоровая беременность и благополучные роды; здоровое физическое и психическое развитие после рождения.

Социальные факторы – полноценное речевое окружение с первых дней жизни ребенка, благоприятная развивающая среда.

Как формируется речь ребенка от рождения до 4-х лет?



Младенец учится общаться с внешним миром с самого момента появления на свет. Давайте посмотрим, как протекает речевое развитие детей раннего возраста на протяжении первых 4-х лет жизни ребенка.

Нормы развития речи у детей от 0 до 4 лет:

0 – 2 месяца. Крик. Первой формой коммуникации для ребенка становится плач. Малыш плачет, когда голоден, когда ему некомфортно или он устал.

2 – 3 месяца. Гуление. На смену плачу приходит гуление. Появляются звуки «а», «ы», «у», иногда в сочетании с «г». Ребенок учится понимать обращенную к нему речь и управлять своими звуковыми интонациями.

3 – 6 месяцев. Лепет. Малыш начинает лепетать с самим собой и издавать звуки при обращении к нему. Поворачивает голову в сторону звука. Замирает в ответ на внезапный громкий звук. По-разному плачет в зависимости от потребностей: «я голоден», «я устал». Узнает свое имя и реагирует на него.

6 месяцев. Первые слоги. С 6 месяцев можно заметить, что ребенок предпочитает всем другим строго определенные звуки: «ба», «ма» (научиться произносить их легче всего). Он может повторять их бесконечно: ему нравится, как они звучат.

7 – 9 месяцев. Комбинации слогов. Лепет прогрессирует до произнесения одинаковых слогов: «ма-ма-ма», «дя-дя-дя», «ба-ба-ба».

9 – 11 месяцев. Звукоподражание. Малыш имитирует звуки речи взрослых. Откликается на имя. Понимает значение слова «нет».

11 – 13 месяцев. В речи ребёнка появляются первые осмысленные слова из двух одинаковых слогов: «папа», «мама», «баба», «дядя». 12 месяцев. Малыш всем видом демонстрирует интерес и внимание к речи других, повторяет и по-новому комбинирует звуки, соединяет их в «слова», имитируя речь взрослого. Понимает и выполняет простые односложные инструкции («садись»). Машет рукой «пока-пока», покачивает головой «нет». Использует жесты и звуки для привлечения внимания. Интересуется книжками.

Очень важно! Редкий родитель может знать, какие признаки указывают на отклонения в развитии ребенка. Поэтому для профилактики обязательно посещайте детского невролога в 3, 6, 9 и 12 месяцев.

18 месяцев. Малыш легко повторяет часто слышимые слова. Знает различные части тела и указывает на них. Осваивает несложные слова (к возрасту 2-х лет их запас может колебаться от 20 до 50). Отвечает словами или жестами на вопросы: «Где мишка?», «Что это?». Любит, когда ему читают. По просьбе взрослого указывает пальцем на картинки в книге.

2 года. Первые предложения (из двух слов). Усвоенные к 2-м годам простые слова двухлетний ребенок может легко соединять в сочетания: «Мама, дай», «Хочу это», «Где киса?». Понимает простые инструкции из двух последовательных действий: «Найди своего мишку и покажи бабушке». Словарный запас может расшириться до 150 – 200 лексем, а окружающие уже могут понимать половину произносимых ребенком слов. Малыш начинает использовать местоимения, прилагательные и предлоги. Правильно держит в руках книгу. «Читает» своим игрушкам.

3 года. Многословные предложения (из трех и более слов). Различает цвета и определения размера. Помнит и повторяет знакомые ритмы, мелодии, истории. Некоторые трудности звукопроизношения все еще могут сохраняться (свистящие, шипящие звуки). Словарный запас расширяется настолько, что родители уже не могут с точностью подсчитать, из скольких слов он состоит. В целом малыш уже готов высказаться по любому поводу.

4 года. Ребёнок может проговаривать собственные имя, отчество и фамилию; называть имена близких родственников и друзей; воспринимать образы и описывать увиденную ситуацию; говорить простыми предложениями, постепенно переходя на более сложные; распределять в своей речи предметы по группам: посуда (сковорода, стакан, тарелка, чашка), одежда (платье, куртка, юбка, штаны, футболка) и др.; находить признаки предмета: окно прозрачное, стол деревянный, яблоко вкусное; называть действия: дядя ест, кошка умывается, мальчик кричит; точно повторять услышанное; пересказывать мультфильм, сказку; в процессе речи разговаривать громко и тихо. Сохраняются трудности звукопроизношения (шипящие звуки).

Как правильно формировать речь ребёнка?



С речевой точки зрения:

- Отзывайтесь на гуление и лепет ребенка, подражайте его звукам, повторяйте их;
- Говорите с малышом, когда ухаживаете за ним: пеленаете, кормите, купаете. Разговаривайте с ним в течение всего дня;
- Читайте яркие разноцветные книжки каждый день;
- Повторяйте короткие ритмичные стишки, потешки;
- Учите ребенка именам близких людей и названиям всех окружающих его предметов;
- Обращайте внимание ребенка на различные объекты, которые издают звуки (животные, птицы, транспорт и т. д.);
- «Проговаривайте» с малышом новые ситуации, в которых он оказывается, до, во время и после события;
- Смотрите на кроху, когда разговариваете с ним;
- Детально и красочно описывайте ребенку, что он слышит, видит, делает и чувствует;
- Давайте слушать малышу детские песенки и сказки;
- Разговаривая со своим маленьким собеседником, не подражайте детскому произношению, следите, чтобы ваша речь была четкой, выразительной (но без сюсюканий), грамотной, простой и ясной.
- Следите за тем, чтобы малыш не обозначал окружающие предметы звукопроизношениями. Родители могут употреблять упрощенные формы слов «дай», «ам-ам», «ту-ту» при общении с ребенком до года. Это поможет ему включиться в процесс развития речи.

- Сопровождайте упрощённые слова правильными названиями. Он увидел поезд: «Ту-ту!» — мама отреагировала: «Да, поезд поехал». Малыша спрашивают: «Кто это?» — он отвечает: «Гав-гав», — мама объясняет, что «гав» говорит животное «собака».

- Обогащайте упрощенную речь ребенка, вводя новые слова: «Еще сок», — «Таня хочет еще апельсинового сока».

- Выбирайте не повествовательный, а описательный стиль общения («Вон летит ворона» — «Посмотри, вон над тем домом летит ворона. Она черная и умеет громко каркать»).

- Каждый день читайте; возможно, чтение должно стать частью вечернего ритуала отхода ко сну.

- Пользуйтесь наглядным материалом. Детям трудно воспринимать слова, оторванные от изображения.

С психологической точки зрения:

- Берите кроху с собой в новые места, бывайте с ним в разных ситуациях;

- Поощряйте попытки ребенка произносить новые слова;

- Хвалите ребенка каждый раз, когда он сам инициирует общение с вами;

- Обязательно исправляйте ошибки в речи малыша, делайте это тактично, иначе ребенок может потерять к вам доверие;

- Выслушивайте ответы ребенка на ваши вопросы, поощряйте его попытки высказаться;

- Помогайте малышу учиться слушать и выполнять инструкции через простые просьбы, называя последовательность действий (лучше в игровой форме): «Сходи в свою комнату и принеси мишку».

Для развития речевых способностей ребенка очень важна игровая деятельность, через которую малыш познает окружающую его реальность. Поэтому играйте с малышом! Включайте ребенка не только в игру, но и в реальное взаимодействие со всеми членами семьи. Обязательно давайте крохе полезные поручения. Передавайте через него просьбы к другим взрослым. Благодарите за помощь.

Всегда внимательно слушайте, когда ребенок говорит с вами. Объясняйте малышу, о чем вы думаете, что планируете, делаете, как рассуждаете. Задавайте ребенку вопросы, стимулируя его к размышлениям, побуждайте его к ответам. Обсуждайте с малышом, как он провел день в детском саду, как прошла ваша совместная прогулка. Поиграв с ребенком, вспоминайте самые интересные моменты.

Показывайте ребенку, что вы внимательно его слушаете: кивайте, улыбайтесь, отвечайте на его вопросы. И главное: поддерживайте все начинания малыша, хвалите его даже за незначительные успехи.



Какие ошибки могут совершать родители при развитии речи ребенка?

Часто ребенка излишне опекают и берегут, стараются предугадать его желания — конечно, из любви к нему. Но тогда у малыша не формируется стремление трудиться самостоятельно, он не учится выражать свои мысли с помощью речи, и многие процессы в его развитии могут тормозиться.

Понять ребенка буквально с полу взгляда близким помогает интуиция и любовь. Но общение с малознакомыми людьми в непривычных условиях будет для него затруднительным, а в худшем случае — остро дискомфортным. Чтобы этого не произошло, по мере взросления нужно чаще вступать в разговор все с новыми и новыми собеседниками, и тогда ребенок просто будет вынужден совершенствовать навыки понимания речи.

Некоторые родители занижают, а другие — завышают требования к речи малыша. В первом случае от ребенка ничего не требуют, все его желания угадываются и сразу исполняются, во втором — постоянно пристают: «Скажи!», «Повтори!». Иногда в одной семье используется сразу два крайних подхода: например, папа требует, а бабушка опекает. Это очень неблагоприятно сказывается на речевом развитии ребенка.


Старайтесь исключить сюсюканье, «детский лепет», постоянные звукоподражания в общении с малышом. Речь родителя — образец для ребенка.

Родители могут говорить очень быстро или, наоборот, чересчур медленно, без пауз и различных интонаций, монотонно. Важно использовать все богатство и разнообразие языка при развитии речи ребенка.

Не старайтесь ускорить ход естественного речевого развития малыша. Избегайте переутомления от речевых занятий, заучивания стихов.

В речевом развитии детей существуют нормы, которые соответствуют определённому возрасту (развитие речи в онтогенезе). В таблице 1, приведённой ниже, показаны **речевые параметры** (звукопроизношение, количество слов в речи, появление частей речи, количество слов в предложениях, связная речь), которые появляются в речи детей **при норме развития**.

Развитие речи детей с **ограниченными возможностями здоровья** имеет свои особенности, параметры речевого развития при таких обстоятельствах индивидуальны.



НОРМЫ РАЗВИТИЯ РЕЧИ

0-1 год	1-2 года	2-3 года	3-4 года	4-5 лет	5-6 лет
а, о, у, п, б, м	и, г, к, т, д	х, в, ф йотированные	й, л, с, э, ы, з, ц	с, з, ц, ш, ж, щ, ч	л, р
до 20 слов	до 300 слов	до 800 слов	до 2000 слов	до 4000 слов	до 5000 слов
Крик Гуление Лепет Первые слова (мама, папа) Существительные Выполняет просьбы	Существительные Глаголы Предложения (Мама иди!) Вопросы Первые выводы	Прилагательные Местоимения Предлоги Предложения до 3-4 слов	Наречия Числительные Развернутые предложения Словотворчество Стихи Подбирает рифмы	Сложные предлоги Классификация предметов Рассказ по картинке	Использует все части речи верно Составляют рассказ с изменением сюжета, интонации

www.igromama.com



лет

Когда нужно обратиться к логопеду?

Следует обратиться к логопеду, если:

- ребенок в 1,5 – 2,5 года не произносит нормальных, понятных слов типа «мама», «баба», «би-би», «кошка», «пить», «иди», а говорит на «своем» языке, причем много и активно (не нужно дожидаться 3 — идите к логопеду прямо сейчас);
- до 2,5 лет у ребенка не появилась речь или словарь малыша составляет не более 10 слов. Квалифицированный специалист-логопед умеет не только корректировать звукопроизношение, но и стимулировать появление речи у неговорящих детей;
- ребенок 3 лет и старше искажает слоговую структуру слова, пропускает, переставляет слоги, добавляет новые: «пувица» — «пуговица», «гебимот» — «бегемот», «пепитан» — «капитан»;
- ребенок начал повторять первые звуки, слоги, слова, но появились «речевые запинки»;
- ребенок 4-х лет смягчает все согласные звуки; постоянно тарахтит; его речь отличается быстротой, а в некоторых случаях дети, словно нарочно растягивают слова; его сложно понять; в речи нет элементарных предложений с подлежащими, сказуемыми, дополнениями; ему трудно

воспринимать даже самые простые объяснения; глотает окончания слов; не строит собственные предложения, только повторяя фразы за взрослыми.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКИ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

*Степанова Т.В.
Савинова Е.А.*

Любые недостатки речи ограничивают общение ребенка со сверстниками и взрослыми и отрицательно влияют на формирование его эмоционально – интеллектуальной сферы. Речевой дефект приводит к изменениям в психической сфере, а именно проявление таких черт, как повышенная раздражительность, возбудимость, замкнутость, депрессивное состояние, негативизм, заторможенность, апатичность, психическая истощаемость. Нередко встречается расстройство внимания и целенаправленного восприятия, что затрудняет целостность коррекционного процесса.

В процессе коррекционной работы с детьми, имеющими тяжелое нарушение речи, практикуется многократное повторение одного и того же речевого материала. Это утомляет ребенка, у него теряется интерес к занятию. Чтобы повысить интерес детей, и сформировать самоконтроль, нужно подбирать разнообразные творческие задания. Большую помощь в преодолении этих трудностей оказывает музыка.

Музыкотерапия – эффективное средство здоровьесбережения и коррекции речевых нарушений дошкольников. Музыка, как наиболее доступный детскому восприятию вид искусства, является мощным стимулом коммуникации и интеграции. Действуя на многие сферы жизнедеятельности через три основных фактора: вибрационный, физиологический, психологический, она позволяет установить равновесие в деятельности нервной системы, совершенствовать дыхательную функцию, регулировать движения, корректировать темпераменты. Для детей актуально снятие психоэмоционального и мышечного напряжения, развитие чувства темпа и ритма, мыслительных способностей, вербальных и невербальных коммуникативных навыков, растормаживание речевой функции. Поэтому в целях социализации и коррекции данной категории дошкольников в нашей группе применяются приемы музыкального воздействия для нормализации эмоционального состояния, двигательных и речевых расстройств.

Коррекционная работа учителя-логопеда по постановке и автоматизации звуков начинается с артикуляционной гимнастики. Выполнение артикуляторных музыкальных комплексов способствует не только осуществлению серий движений, но и формированию навыка переключения с одного движения на другое в разных темпах и ритмах.

Исследования показали, что выполнение движений под музыку позволяет на рефлекторном уровне, без участия сознания человека, согласовать амплитуду и скорость выполнения движений с заданным извне ритмическим стимулом. В результате создаются правильные моторные привычки, возникает способность не только ритмично двигаться, но и четко представлять временно-пространственные соотношения. Таким образом, музыка является организующим, руководящим началом и естественным регулятором движений. Помимо четкой ритмизации, музыка имеет еще разнообразную эмоциональную окраску, что также влияет на тонус выполнения движений: веселая песня заряжает энергией и увеличивает амплитуду движений, грустная — делает движения плавными и неторопливыми. Мы на занятиях с детьми младшего дошкольного возраста стараемся подбирать знакомую и интересную детям музыку, с простой ритмической структурой и четкой фразировкой. В старшем дошкольном возрасте мы чаще всего используем подборку классических произведений для проведения артикуляционной гимнастики, так как известные тексты песен, подсознательно вызывают желание подпевать, и это мешает выполнению артикуляционных упражнений.

Пальчиковая гимнастика с пением способствует развитию мелкой моторики, речи и мышления, координации движений.

На этапе автоматизации изолированного звука детям предлагаются игры на четкое его проговаривание. Очень полезно связывать звуки с каким-либо яркими музыкальными образами. Такие ассоциативные связи помогают детям отличать звуки друг от друга и дают возможность их обыгрывать.

Например, упражнения «Самолеты», «Жук».

После проведения автоматизации изолированного звука необходимо переходить к автоматизации его в слогах, словах, фразах, тексте. Эта утомительная для ребенка работа может быть облегчена, если к ней подключить вокализацию и движение. Дети с удовольствием многократно повторяют автоматизируемый слог на мотив любимой детской песенки. С целью пропевания чистоговорок мы используем на занятиях караоке Е. Железновой.

Особое внимание заслуживает **методика формирования языковой системы Т.Н. Новиковой-Иванцовой**. Разработка Новиковой-Иванцовой не только помогает заговорить детям, она служит необходимым инструментом в руках логопедов, которые занимаются изучением нарушений в области структуры слов, темпа, тембра, ритмики, звукоизвлечения вообще. Ее пособие вобрало в себя собрание приемов, которые направлены на коррекцию речеслухового восприятия — в частности — и на устранение проблем речевого аппарата — в целом.

По МФЯС выделяется несколько этапов:

- предварительный, на котором проводятся занятия на чувство ритмики;

- непосредственно практика, в ходе которой выполняются упражнения на развитие памяти, моторики, произношение гласных, изучение слогов, слов, песен с сопровождающим визуальным материалом.

Мы на занятиях используем элементы данной методики.

Музыкальный руководитель использует:

- музыкально-ритмические движения и речевые игры со словом (развитие координации движений, метроритмического и темпового восприятия);

- пение (активизация речи, развитие речевого и певческого дыхания, голоса, звукообразования, артикуляции, интонации);

- игра на музыкальных инструментах (развитие чувства темпа и ритма, мелкой моторики, координация движений, самоконтроля);

- музыкально-игровая деятельность (нарушенное дыхание при выполнении двигательных заданий у детей с ТНР легко поддается коррекции в игре при исполнении ребенком речетатива или песни с движением);

- музыкальные упражнения для развития творческой инициативы (поисковая творческая активность детей в певческих, двигательных и инструментальных);

- фонопедические упражнения по методу В.В. Емельянова для укрепления гортани и привития навыков речевого дыхания.

Музыкотерапия является одним из эффективных видов работы над развитием речи и её коррекцией. Музыка позволяет в увлекательной форме решать задачи как музыкального воспитания, так и задачи по развитию речи и коррекции речевых нарушений.

РАЗДЕЛ IV. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

РОДИТЕЛЬСКАЯ КОПИЛКА. «РАЗВИВАЮЩИЙ УХОД ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ» (ЕСЛИ РЕБЕНОК С ДЦП, АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА)

*Наревская И.Н.,
Максимова Л.Ю.*

Сегодня мы поговорим о таком понятии как **развивающий уход** за ребенком, имеющим нарушения нескольких функций организма одновременно.

Развивающий уход, как понятие, подразумевает организацию обучения ребенка не на занятиях, а в обычных бытовых ситуациях (во время кормления, одевания, общения и т.п.).

Взрослый, ухаживающий за ребенком, прежде чем начать занятие с ребенком, должен создать для него комфортную среду, в которой тот будет чувствовать себя хорошо и спокойно. Для создания физического комфорта, прежде всего, нужно удовлетворить 2 условия:

- удовлетворить базовые физические потребности (контроль дыхания, боли и эпилептических приступов; режим дня и чувство сытости);
- стабильная и удобная поза. Это особенно важно для детей с ДЦП, которые не могут самостоятельно регулировать и менять положение своего тела. Стабильная и удобная поза может облегчить боль или уменьшить дискомфорт и дать возможность ребенку участвовать в занятии.

Для организации родителями развивающего ухода за ребенком с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) становится важным создание и поддержание определенных условий:

- *режим дня;*
- *организация пространства;*
- *обеспечение безопасной среды;*
- *ориентация ребенка в собственном теле;*
- *организация игровой деятельности;*
- *сенсорное развитие;*
- *стимуляция двигательной активности;*
- *развитие мелкой моторики.*

Комфортную среду для ребенка создают знакомые, ежедневно повторяющиеся действия. Поэтому очень важно организовать для ребенка **режим дня**. В семье необходимо завести определенные ритуалы: утренние, – с которых будет начинаться каждое утро ребенка и вечерние, – чем день

ребенка будет заканчиваться. Родители обязательно должны проговаривать ребенку, чем и когда вы будете заниматься с ним.

Следующим условием сопровождения при развивающем уходе является наличие конкретного места, где будут проводиться занятия с ребенком, или организация пространства для деятельности. У ребенка должно быть четкое понимание места, где он находится, и что делает: где он спит, отдыхает, а где занимается. С целью обозначения конкретных мест могут использоваться опознавательные знаки или маркировка. Например, в пространстве для сна на стене может быть какой-то сенсорный коврик, поглаживая который ребенок мог успокоиться, или брать с собой любимую игрушку, с которой он будет спать. Для маркировки могут быть использованы картинки или наклейки. Проснувшись, ребенок должен иметь возможность переместиться в другое пространство, где он сможет играть или заниматься каким-то видом деятельности.

Обязательно должно быть выделено пространство для приема пищи. Очень важно, чтобы ребенок имел возможность наблюдать, как готовится еда, как накрывается стол на завтрак, обед и ужин. Если ребенок не владеет ложкой, то во время кормления можно вложить в его руку кусочек хлеба, моркови или яблока, чтобы еда не была для ребенка чисто пассивным занятием.

Продолжая говорить о развивающем уходе, мы понимаем, что этот уход должен обеспечить ребенку возможность играть и обучаться, даже если этот ребенок имеет множественные нарушения, например, такие как ДЦП и атрофия зрительного нерва. Поэтому для родителей становится важным организация развивающего ухода для ребенка с ТМНР.

Третьим условием развивающего ухода является обеспечение безопасной среды. Ребенок должен чувствовать себя в безопасности. Как это обеспечить родителям? Для этого ребенок должен понимать, что и когда с ним будет происходить. Все действия взрослого, занятого уходом или проводящим занятие с ребенком, должны быть озвучены: ребенку важно объяснять, что с ним происходит в данный момент, какие действия планируются в дальнейшем. Даже если требуется просто поменять памперс, вытереть нос, поправить очки, переложить ребенка в другое место необходимо сообщить ребенку об этом, а при нарушении зрения еще и дотронуться до того места на теле, где будет совершаться манипуляция. Предупреждение ребенка о том, какое событие сейчас будет происходить, может звучать так: «Сейчас я посажу тебя в коляску», «Сейчас будем мыться» и т.д. Взрослый комментирует все, что он делает с ребенком. Это необходимо даже для ребенка, который предположительно не понимает обращенную речь.

На что еще нужно обратить внимание при работе с ребенком? Необходимо научить ребенка *ориентироваться в собственном теле*. Это должно происходить ежедневно в естественных условиях. Например, при умывании ребенка нужно называть части тела – «водичка, водичка, умой мое

ЛИЧИКО, чтобы ГЛАЗКИ блестели, чтобы Щечки краснели, чтоб кусался ЗУБОК, чтоб смеялся РОТОК». Показывайте и называйте: «Вверху у нас голова, а внизу ноги, вот правая рука, вот левая нога, ухо и т.д.».

В какие игры нужно играть с ребенком? Прежде всего, это игры, благодаря которым происходит накопление представлений об окружающем. Ребенок познает мир с помощью сохранных органов чувств. В вашем случае, нужно подобрать для занятий игры на развитие слухового, тактильного восприятия.

Для развития слухового восприятия желательно иметь игрушки со звучащими накопителями (погремушка, колокольчик, ложки, различные звучащие игрушки). Манипуляции со звучащими игрушками и предметами привлекают ребенка. Взрослый производит различные действия с игрушкой, помогает ребенку дотронуться до игрушки, погладить ее, стукнуть, оттолкнуть, взять, покачать, потрясти и т.д. Все действия сопровождаются речью взрослого, пением, выразительными эмоциональными реакциями. Позвоните игрушками справа или слева от ребенка. Дайте звуку затихнуть. Посмотрите на ребенка: прислушивается ли он к звучанию игрушки, позвоните еще раз. Помогите ребенку самому трясти погремушку, звонить в колокольчик. Развивайте умение поворачивать голову в сторону звука.

Для стимуляции тактильных ощущений и расширения сенсорного опыта необходимо иметь много сенсорных игрушек, разной текстуры и формы, разных на ощупь. Можно сделать для ребенка специальное одеяло, сшитое из лоскутков тканей с различной текстурой – это могут быть шелковые, бархатные, вельветовые, тюлевые и другие ткани. По краям одеяла желательно пришить колечки, пуговицы, шарики от погремушек, веревочки, шнурочки, бубенчики и т.д. На такое одеяло выкладывать ребенка. Класть ребенка на одеяло надо так, чтобы он находился в разных положениях- на животе, на спине, на боку.

Также можно на полу сделать коврики с различной выраженной текстурой (половичок, спортивный коврик, мягкое одеяло). Можно заказать специальный тренажерный коврик. Он состоит из пазлов разных по структуре (колючие иголки, мягкие шишечки и т.п.). Расположите их на полу и ползайте по ним некоторое время вместе с ребенком или исследуйте их руками. Ползая, называйте текстуру, говоря примерно так: «Мягкая», «Шершавая», «Прохладная» и т.д. Для занятий также подойдет сенсорный коврик, или дуги, к которым привязаны предметы с разной фактурой или игрушки. Дуги эти могут крепиться к кровати, коляске или к стулу.

Ум ребенка находится на кончиках его пальцев. Поэтому ребенку необходимо все потрогать, пощупать. Через тактильные ощущения он познает мир, а его речь развивается.

Универсальной вещью для тактильных ощущений является сенсорная коробка. Сенсорная коробка – это емкость, наполненная разным тактильным материалом (крупы, природный материал, перышки, меховые камушки, фасоль и т.п.). Можно насыпать в разные тазики манку и гречку, туда же

выложить несколько маленьких игрушек или предметов, которые вместе с ребёнком будете находить и обследовать.

Для стимуляции двигательной активности пригодятся кресло-качалка, гамак, качели или большой мяч. Сажая ребенка, или вместе с ребенком, сопровождаете ритмичные раскачивания разными потешками. Например, «Мой веселый, звонкий мяч, ты куда помчался вскачь? Красный, синий, голубой, не угнаться за тобой!» и т.п.

Еще одно направление в занятиях с ребенком, которое мы обсудим сегодня – это игры на *развитие мелкой моторики*. На это нужно обращать внимание, так как развитие мелкой моторики напрямую связано с развитием навыков самообслуживания (способностью захватывать ложку, удерживать ее, застегивать и расстегивать пуговицы, держать карандаш или ручку, писать и т.д.).

Для развития функциональных возможностей рук, укрепления силы мышц необходимо вкладывать в руку различные мелкие предметы и совершать манипуляции методом «рука в руке». Играть в различные пальчиковые игры. Например, «Этот пальчик в лес пошел, этот пальчик гриб нашел, этот пальчик чистить стал, этот пальчик жарить стал, ну а этот все подъял, потому и растолстел», можно использовать метод Су-Джок для стимуляции тактильных ощущений ребенка.

Для развития понимания речи и придания эмоциональности при общении с ребенком обязательно использовать потешки, стишки, стараться говорить разной интонацией. Большое количество примеров применения потешек имеется на детских сайтах. Вы можете выбирать те, которые вам по душе, и обязательно проговаривайте их при общении с ребенком. Например, «Киска, киска брысь, на дорожку не садись!», «Маргариточка пойдет, через киску упадет!» и т.п. Потешки можно подобрать на каждый режимный момент, что придаст вашему общению с ребенком новый окрас.

Создавая выше обозначенные условия в ходе сопровождения своего ребенка с ТМНР, родители таким образом будут реализовывать развивающий уход с учетом специфики нарушения ребенка.

МОТИВАЦИЯ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Починов В.Д.

Трудовая реабилитация включает в себя формирование знания о профессии, а также формирование и развитие трудовых умений и навыков у подростков с ОВЗ и молодых инвалидов.

В соответствии с возрастными и реабилитационными возможностями многие молодые инвалиды способны к трудовой деятельности, и подготовка к данной деятельности может осуществляться в рамках социокультурной реабилитации через мастерские и клубы по интересам.

Трудовая деятельность существует много лет и сталкивается с рядом проблем в плане организации и мотивации клиентов в данном направлении.

Целевая мотивация, направленная на формирование психологической готовности инвалидов к осуществлению трудовой деятельности включает в себя следующие аспекты: позитивный настрой; уверенность в своих силах; позитивный опыт, на который влияют образование и подготовка, соответствие обязанностей и возможностей, соответствие условий (приспособление рабочего места, места для питания, доступность туалета, возможность добраться, режима труда и т.п.) [1].

При этом многие молодые инвалиды получают среднее профессиональное образование или проходят курсы, но трудиться по профессии они не собираются, так как при современных условиях у них нет потребности и достаточной мотивации к монотонной и однообразной деятельности.

У молодых инвалидов зачастую нет четкого представления о трудовой деятельности, как процессе, а лишь складывается набор терминов, сложных действий и «взрослых напутствий – ты должен», И как следствие – нет мотивации к труду.

Мы предлагаем формировать представления молодых инвалидов о трудовой деятельности в рамках кружковой деятельности, через имитацию трудового – рабочего процесса, что в последствии позволяет перейти от творческой к профессиональной деятельности. На кружковых занятиях формируются специальные навыки: ставить цель, удерживать ее в течение длительного срока, выстраивать порядок действий, соблюдать сроки, оценивать качество выполняемого изделия.

В рамках данного направления мы предлагаем реабилитационный курс «Развитие общих трудовых и формирование специализированных навыков у детей-инвалидов школьного возраста, подростков и молодых инвалидов», который способствует формированию навыков трудовой деятельности и мотивирует молодых инвалидов новой социально значимой тематикой.

Для этого мы организовали группы молодых инвалидов, деятельность которых на занятии по трудовой реабилитации стала организовываться через, так называемый, устный «Заказ на производство», в котором оговорены сроки, структура и внешний вид изделия, а также количество требуемых изделий.

Кроме того, на занятии проговаривается для чего делается, где оно будет использоваться. Например, изделие изготавливается для использования на занятиях педагогами, музыкальными работниками, сотрудниками хозяйственной службы. В рамках данного направления молодые инвалиды стали делать коробки и органайзеры для хозяйственной службы, музыкальные инструменты для занятий музыки и театральные реквизиты для общих мероприятий.

Отличительной особенностью данной деятельности стало то, что молодые инвалиды и подростки с ОВЗ учились изготавливать изделие от

начала и до конца (от эскиза и чертежа, до окончательного декорирования) в определенные сроки. К работам заказчиком предъявлялись требования по качеству, что накладывало эффект «серьезности», «жизненности» и повышало ответственность за выполняемую ими работу.

В 2019 году был введен «Бланк заказа» оформляемый письменно и это стало весьма весомым аргументом для целенаправленной работы. Мы стали принимать заказы не только от отдельных специалистов, но и руководителей программ, руководителей отделений, что придавало адресность, индивидуальность заказу и снимало «обезличенность» работы. Молодые инвалиды знали тех, кому они делали изделие, и на каких занятиях и мероприятиях они будут использоваться.

На занятиях также изготавливались крупногабаритные изделия (домики для поросят для инсценировки сказки «Три поросёнка»), выполнялась работа по декорированию элементов тематического украшения к Новому году фойе реабилитационного центра (полу объемные фигуры Деда Мороза и Снегурочки).

Поддержание мотивации в ходе трудовой деятельности таким образом привело к следующим результатам.

- молодые инвалиды перестали жаловаться на усталость, начали работать интенсивнее (без дополнительных перерывов) и запрашивать дополнительное время, для завершения работы в установленный срок;

- ребята стали интересоваться о том, кто дал заказ, какие будут еще заказы, когда дадут заказ посложнее;

- молодые люди начали спокойно воспринимать требования к качественному выполнению работы, начали сами обращать внимание на хороший результат или предлагали переделать, если результат не нравился.

Для достижения положительной динамики в мотивации ребят и молодых людей была проедена следующая работа:

- 1) Проведена диагностика мотивации к деятельности, критичности и адекватности оценки процесса работы и результата деятельности, а также удержания цели деятельности на длительном сроке работы с использованием опросника, наблюдения;

- 2) Проведено ознакомление с заказом, обсуждение значимости и важности конкретного заказа и продукта, сроков выполнения и структурных компонентов построения изделия;

- 3) Составлен план работы на основе «заказа» с закреплением в процессе работы (структуры построения изделия, этапности работы и сроков оставшихся на изготовление);

- 4) Для некоторых групп введена рейтинговая оценка по качеству исполнения работы, реализуемая в виде тестового задания, выполняемого на время (оценивание качества работы на каждом из этапов, время затраченное на изготовление и чистота работы);

- 5) Осуществлялось поощрение благодарственными письмами лучших в трудовой деятельности молодых инвалидов по итогам года.

Таким образом, создание выше обозначенных условий для повышения мотивации к трудовой деятельности и формирование позиции «работника», а не «инвалида» в значительной степени стала фактором развития общих трудовых навыков, увеличения времени сосредоточения на работе, работы за столом и появления явления и понятий «самокритика» и «адекватная оценка качества изделия». Из лексикона молодых людей с инвалидностью стали уходить понятия «плохая работа», «хорошая работа» и на их место стали выстраиваться новые понятия «качественная работа», «ошибка», «погрешность», «исправление», что, в свою очередь, будет способствовать формированию конструктивного мышления и навыков трудовой деятельности.

Интернет- источники:

1. http://bizlog.ru/etks/etks-58_2/1.htm
2. <http://methodcentr.ru/SMI/publikacii/165.pdf>
3. http://www.yarregion.ru/depts/dtspn/DocLib/instruc/dossreda/dossreda_zan_67.pdf
<http://www.joblove.ru/superjob/257677.html#.XO2URisufcc>

**АДАптированная дополнительная
Общеобразовательная программа
Естественнаучной направленности по
Формированию трудовых навыков в растениеводстве
подростков с ограниченными возможностями
здоровья и молодых инвалидов**

Моисеенко Г.А.

В настоящее время уделяется внимание всестороннему развитию подростков и молодых инвалидов с ОВЗ. Повышается интерес к уникальности, потенциальным возможностям и способностям развития личности, к дальнейшей жизнедеятельности.

Одной из важнейших задач государственной образовательной политики является участие детей с ОВЗ подростков и молодых инвалидов в программах дополнительного образования.

Расширение образовательных возможностей этой категории обучающихся является наиболее продуктивным фактором социализации в обществе.

Дополнительное образование для детей – инвалидов, детей и подростков с ОВЗ означает, что им создаются условия для вариативного вхождения в те или иные детско-взрослые сообщества, позволяющие им осваивать социальные роли, расширять рамки свободы выбора при определении своего жизненного и профессионального пути.

Одним из таких эффективных и интересных сторон профессионального пути и жизненного определения является развитие трудовых умений и навыков, связанных с растениеводством.

Трудовая деятельность включает в себе огромный воспитательный потенциал. Будучи организованной, вместе со сверстниками и взрослыми, она помогает подростку с ОВЗ приобрести позитивный социальный опыт участия в созидательной, преобразующей деятельности, формирует у него навыки социального и делового общения, ответственности, позволяет оценивать свои силы и возможности, способствует его интеллектуальному, нравственному, эмоциональному и физическому развитию.

Участие подростков и молодых инвалидов в систематическом, педагогически организованном и целесообразном труде вместе со сверстниками и взрослыми укрепляет их психологически и нравственно. Они получают бесценный позитивный социальный опыт общения, участия в совместной созидательной деятельности с другими сверстниками, специалистами. Такой опыт активно социализирует через приобретаемые навыки делового общения, формирования отношений товарищеской взаимопомощи, ответственности, сотворчества, соучастия.

Сформированные умения и навыки в процессе данной деятельности помогут, например, качественно ухаживать за домашними цветами, выращивать овощи в закрытом и открытом грунте, учитывать сезонность, помогать в овощеводстве (отрасль сельского хозяйства). Пополняется багаж знаний, осваиваются общетрудовые, а в ряде случаев и профессиональные навыки, формируются такие важные личностные качества, как наблюдательность, организованность, самостоятельность, способность к волевому напряжению, анализу ошибок.

Освоение определенных умений и навыков данной деятельности поможет в выборе дальнейшей профориентационной деятельности.

Программа разработана в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами:

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Приказом Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. № 1008 "Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам" устанавливаются требования к организациям, осуществляющим образовательную деятельность по дополнительным общеобразовательным программам, в части дополнительного образования детей-инвалидов и лиц с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

- Письмом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 марта 2016 года № ВК-641/09 «Методические рекомендации по реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных программ, способствующих социально-психологической реабилитации, профессиональному самоопределению детей с ОВЗ, включая детей-инвалидов, с учетом их особых образовательных потребностей».

В терминологии ФЗ № 273 образовательные программы для обучающихся с ОВЗ относятся к адаптированным образовательным программам. В соответствии с п.28 ст.2 ФЗ № 273 адаптированная образовательная программа – это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Федеральный закон № 273 выделил некоторые особенности реализации этих образовательных программ. В частности, ч. 3 ст. 55 определяет особый порядок приема детей на обучение по рассматриваемым программам: только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций ПМПК.

Получение дополнительного образования регулируется главой 10 ФЗ N 273. В части 2 статьи 75 ФЗ N 273 (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 24.07.2015) определено, что "дополнительные общеобразовательные программы подразделяются на общеразвивающие и предпрофессиональные программы.

Дополнительные общеразвивающие программы реализуются как для детей, так и для взрослых. Дополнительные предпрофессиональные программы в сфере искусств, физической культуры и спорта реализуются для детей", а части 3 и 4 регламентируют уровень образования обучающихся, сроки обучения и содержание программ: "К освоению дополнительных общеобразовательных программ допускаются любые лица без предъявления требований к уровню образования, если иное не обусловлено спецификой реализуемой образовательной программы".

Образовательная организация дополнительного образования в качестве основной цели осуществляет образовательную деятельность по дополнительным общеобразовательным программам (ст. 23 ФЗ N 273), то есть, как и во всех образовательных учреждениях, в организациях дополнительного образования образовательный процесс регламентируют образовательные программы, которые определяют содержание образования (п. 1 ст. 12 ФЗ N 273).

Дополнительное образование детей и взрослых направлено на формирование и развитие творческих способностей детей и взрослых, удовлетворение их индивидуальных потребностей в интеллектуальном, нравственном и физическом совершенствовании, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни, укрепление здоровья, организацию их свободного времени (п. 1 ст. 75 ФЗ № 273).

Дополнительное образование детей обеспечивает: их адаптацию к жизни в обществе, профессиональную ориентацию, выявление и поддержку детей, проявивших выдающиеся способности (п. 1 ст. 75 ФЗ № 273).

Федеральный закон № 273 дает определение понятия "образовательная программа":

- комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты),

- организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом,

- форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов.

А также оценочных и методических материалов (п. 9 ст. 2 ФЗ N 273).

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации 7 мая 2012 г. № 599 "О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки" к 2020 году доля детей в возрасте от 5 до 18 лет, обучающихся по дополнительным образовательным программам, должна увеличиться до 70 - 75% от общей численности детей этого возраста.

Развитие системы дополнительного образования детей определяют Концепция развития дополнительного образования детей, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1726-р и План мероприятий на 2015 - 2020 годы по реализации Концепции развития дополнительного образования детей, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 апреля 2015 г. № 729-р.

В ходе реализации Концепции планируется:

- повысить качество и доступность дополнительного образования для каждого ребенка;

- обновить содержание дополнительного образования детей в соответствии с интересами детей, потребностями семей и общества;

- развить инфраструктуру дополнительного образования детей, в том числе за счет обеспечения его инвестиционной привлекательности;

- усовершенствовать нормативно-правовую базу с целью расширения доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг дополнительного образования, в том числе содействие в легализации так называемого теневого сектора сферы дополнительного образования детей;

- сформировать эффективную межведомственную систему управления развитием дополнительного образования;

- создать условия для участия семьи и общественности в управлении развитием системы дополнительного образования детей.

Основные ожидаемые результаты реализации Концепции связаны с качеством и доступностью образовательных услуг для всех категорий детей, в том числе:

- расширение возможности выбора детьми программ дополнительного образования, формирование эффективных механизмов финансовой поддержки участия детей в системе дополнительного образования; обеспечение полноты и объема информации о конкретных организациях и дополнительных образовательных программах для семей с детьми;

- формирование эффективных механизмов государственно-общественного, межведомственного управления системой дополнительного образования детей;
- реализация модели адресной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, с одаренными детьми;
- обеспечение высокого качества и обновляемости дополнительных программ.

I. Пояснительная записка

Социальное значение трудовой деятельности связано с его воспитательным воздействием на личность. В труде формируются умение сотрудничать со сверстниками и взрослыми, привычка к трудовым усилиям и доведению дела до конца, настойчивость, самостоятельность, стремление помогать взрослым и детям.

Подросток с нарушением интеллекта, погруженный в трудовую деятельность, получает возможность быть успешным, принимаемым, расширяются и конкретизируются его представления о жизни и занятиях людей, о пользе и результатах их труда, происходит развитие зрительно-двигательной координации, мелкой моторики, совершенствуются движения, их координация и согласованность.

Подросткам и молодым инвалидам предлагается образовательный материал по ознакомлению с растениеводством. Направленность программы – естественнонаучная.

Данное направление является новым, так как закладывает базу для формирования и развития начал трудовой и экологической культуры; способствует повышению социальной адаптации, воспитанию доброжелательности к окружающим людям, природе, культуры общения, эмоциональной отзывчивости; формированию мотивов к конструктивному взаимодействию и сотрудничеству в образовательном пространстве учреждения.

В результате формируется потребность в труде, создается психологическая и практическая готовность к действиям в той или иной сферах, выбор дальнейшей профориентационной деятельности.

Адресат программы. Программа рассчитана на подростков с ОВЗ и молодых инвалидов, имеющих различные степени нарушений:

- нарушения слуха;
- нарушения зрения (слабовидящие);
- нарушения речи;
- нарушения опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- синдром Дауна;
- умственная отсталость.

Цели программы.

1. Расширение кругозора о ведении деятельности по растениеводству.

2. Формировать практические умения и навыки в области выращивания культур овощеводства и цветоводства.

Задачи программы:

- *образовательные:*

- расширение кругозора о комнатных растениях;

- расширение кругозора об овощных культурах (где выращивают);

- познакомить с анатомией растений (корень, стебель, листья, цвет, плод).;

- познакомить с этапами роста растения (простой информационный, теоретический материал и наблюдения за ростом);

- *коррекционные:*

- развивать память, логическое мышление, наглядно образное мышление;

- развивать функциональные возможности рук (заданные практические действия);

- *развивающие:*

- развитие практических умений и навыков по выращиванию растений и уходу за ними (посадка и выращивание групп комнатных и овощных растений, уход);

- познакомить с агротехническими мероприятиями необходимыми для выращивания растений (обработка почвы, внесение удобрений, подготовка посадочного материала, пикировка растений, посев и посадка, уход);

- *реабилитационные:*

- формировать восстановительные функции мелкой моторики рук (ладонный, щепотный, пинцетный захваты при знакомстве с инвентарем, оборудованием и процессе агротехнических мероприятий).

- *воспитательные:*

- приобщать к культуре трудовой деятельности;

- развитие эмоционально положительного фона, проявления интереса к практическим действиям, результату труда;

- развитие соблюдения алгоритма действий при посадке, аккуратность в работе.

Характеристика нарушений

Нарушения слуха. К категории детей и подростков с нарушениями слуха относятся лица, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота).

Нарушения зрения. Выделяются следующие группы с нарушениями зрения:

- незрячие – это лица с остротой от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками, лица с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10-15 градусов или точки фиксации:

- слабовидящие – это лица с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.

Нарушения речи. У лиц с нарушениями речи могут быть психофизические отклонения различной выраженности, вызывающие расстройства коммуникативной и обобщающей функции речи. От других категорий лиц с особыми потребностями их отличают нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для отграничения от речевых нарушений, отмечаемых у детей и подростков с умственной отсталостью, задержкой психического развития (ЗПР), слепых и слабовидящих, слабослышащих и др.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА). Термин «нарушение опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие генез органического и периферического типа. Наиболее распространенным нарушением ОДА являются последствия ДЦП. К вторичным нарушениям ОДА относится травматическая болезнь спинного мозга.

Двигательные расстройства характеризуются нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничением их объема и силы. Они приводят к невозможности или частичному нарушению осуществления движений скелетно-мышечной системой во времени и в пространстве.

Особенности детей с ДЦП. Детский церебральный паралич (ДЦП) - это заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики.

Основные причины ДЦП связаны с гипоксией, то есть с недостаточностью снабжения головного мозга плода во время беременности или новорожденного в родах кислородом.

Форму ДЦП и степень тяжести заболевания устанавливает врач - невропатолог. При легкой степени ребенок обучаем, способен самостоятельно передвигаться, владеет навыками самообслуживания.

Средняя степень требует дополнительной помощи со стороны взрослых.

Дети с тяжелым течением ДЦП полностью зависят от окружающих, интеллектуальное развитие колеблется между умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости. Родителям больного малыша надо быть готовыми к тому, что самыми первыми проблемами, с которыми столкнется их ребенок, будут:

1. Выраженные нарушения в двигательной сфере.
2. Недостаточное речевое развитие, а в некоторых случаях и полное отсутствие речи.
3. Маленький запас знаний о явлениях окружающего мира.

Для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью.

Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной. При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент "детскости".

Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью.

Физические и моторные особенности детей с ДЦП.

При двигательных нарушениях изменен весь ход моторного развития, что сказывается на формировании нервно-психических функций, освоении предметно-практической деятельности, интегративной деятельности мозга, общем ходе психического развития.

При ДЦП двигательные расстройства вызваны нарушением контроля со стороны ЦНС за функциями мышц. В процессе созревания нервной системы меняются внешние проявления заболевания. Так, после 1,5 - 2- месяцев может проявиться косоглазие.

В первые полгода жизни, а иногда и до 4 лет, двигательные нарушения проявляются в виде мышечной вялости, снижении тонуса. Затем постепенно вялость мышц уступает место все более нарастающей спастичности, поражающей мышцы губ и языка, мышцы плечевого пояса и рук, мышцы ног.

В периоде 4-6 лет на фоне закрепляющейся спастичности мышц проявляются насильственные движения.

К подростковому периоду проявления ДЦП у разных больных становятся все более однородными.

Уровень работоспособности значительно снижен. При ДЦП выражена замедленность, истощаемость психических процессов; низкая переключаемость на другие виды деятельности.

Задержка психического развития (ЗПР). Задержка психического развития – это психолого-педагогическое определение наиболее распространенного отклонения в психофизическом развитии среди всех встречающихся у детей отклонений. ЗПР рассматривается как случаи замедленного психического развития, так и относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, не достигающей умственной отсталости. ЗПР часто осложняется различными негрубыми, но нередко стойкими нервно-психическими расстройствами (невротическими, астеническими, неврозоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Умственная отсталость. Лица с умственной отсталостью имеют стойкое, необратимое нарушение психического развития, прежде всего интеллектуальное, возникающее на ранних этапах онтогенеза вследствие органической недостаточности центральной нервной системы (ЦНС).

Комплексные нарушения. Относят сочетания двух или более психофизических нарушений (зрения, слуха, речи, умственного развития и др.). Например, сочетание глухоты и слабовидения, умственной отсталости и слепоты, нарушения опорно-двигательного аппарата и речи.

Таким образом, своевременная профориентация (трудовое развитие) должна быть направлена на развитие профессионально важных качеств с учетом ограниченных особенностей здоровья.

Физические особенности детей с синдромом Дауна. Физические особенности детей с синдромом Дауна формируются под влиянием их генетического материала. Поскольку они наследуют гены и от матери, и от отца, они до определённой степени бывают, похожи на своих родителей – строением тела, цветом волос и глаз, динамикой роста (последний, правда будет замедленным). Однако из-за наличия дополнительного генетического материала – лишней хромосомы в 21 паре – у детей с синдромом Дауна появляются такие телесные особенности, которые делают их не похожими на родителей, братьев, сестёр или детей, не имеющих хромосомных нарушений.

Так как эта лишняя хромосома обнаруживается в клетках каждого ребенка с синдромом Дауна, имеются много общих физических черт, и поэтому они выглядят довольно похожими друг на друга. Гены дополнительной хромосомы в 21 паре ответственны за то, что в самый ранний, внутриутробный период жизни плода (эмбриона) развитие определённых частей тела происходит измененным по сравнению с нормой образом.

Голова ребёнка с синдромом Дауна меньше, чем у обычных детей. У большинства затылок несколько уплощен, что делает голову на вид круглой. У некоторых детей на голове могут быть безволосые области или, что встречается реже, все волосы могут выпасть.

Лицо младенца с синдрома Дауна кажется немного плоским, главным образом, из-за недоразвитых лицевых костей и маленького носа.

Переносица обычно широкая и уплощенная. Носовые проходы у многих ребятишек узкие. Глаза, как правило, бывают нормальной формы, глазные щели узкие и расположены косо.

Уши иногда бывают маленькими, и верхний край уха часто вывернут. Ушная раковина может быть несколько деформированной. Слуховые каналы узкие.

У ребёнка с синдромом Дауна маленький рот. Некоторые дети держат его открытым, а язык немного высунутым. Когда он становится старше, на его языке могут появиться бороздки. Губы зимой часто трескаются.

Нёбо уже, чем у «нормальных» детей – высокое и сводчатое. Зубы обычно прорезываются позже. Иногда одного или более зубов не хватает, а некоторые могут иметь слегка отличную от нормальных форму.

Челюсти маленькие, что часто приводит к тому, что коренные зубы мешают друг другу. У большинства детей с синдромом Дауна зубы разрушаются реже, чем у «нормальных» детей.

Шея у человека с синдромом Дауна может быть несколько шире и короче. Сзади с обеих сторон шеи у маленьких детей нередко можно заметить складки ненатянутой кожи, которые позже становятся менее заметными или совсем исчезают.

Конечности обычно имеют нормальную форму. У ребенка с синдромом Дауна кисти и ступни широкие и короткие. Пальцы на руках короткие, при этом часто мизинец немного загнут внутрь.

Пальцы на ногах у детей с синдромом Дауна обычно бывают короткими. У большинства из них промежутки между первым и вторым пальцами несколько больше, а на подошве между ними – складочка. У многих детей с синдромом Дауна наблюдается плоскостопие, обусловленное вялостью сухожилий.

Факторы, затрудняющие обучение детей с синдромом Дауна.

- отставание в моторном развитии;
- в развитии тонкой и общей моторики;
- возможные проблемы со слухом и зрением;
- проблемы с развитием речи;
- слабая кратковременная слуховая память;
- более короткий период концентрации;
- трудности овладения и запоминания новых понятий и навыков;
- трудности с умением обобщать, рассуждать и доказывать;
- трудности с установлением последовательности (действий, явлений, предметов и др.).

Необходимо учитывать, как общие характеристики участников программы, так и частные. Например, то что они не умеют быстро переключаться по просьбе педагога с одного задания на другое, быстро утомляются, их работоспособность падает с увеличением нагрузки. Они достаточно усваивают умения и навыки в пределах имеющихся ограниченных возможностей.

Преобладает произвольное внимание, недостаточно сформированы представления об окружающем мире, ограничен кругозор, отсутствует умение устанавливать причинно-следственные связи.

Они нуждаются в развитии речи, в развитии эмоционально-чувственного восприятия и познавательной сферы, умений обобщать, сравнивать, анализировать, в развитии мелкой моторики рук.

Учитывая особенности участников программы, занятия строятся последовательно, систематично. Системность и последовательность позволяют прогнозировать темп усвоения материала теоретического и практического. Проследить динамику развития каждого.

Учитываются индивидуальные характеристики, нозология, возрастное развитие каждого участника. Учитывается доступность предлагаемого материала (построен процесс таким образом, чтобы у каждого наблюдался положительно эмоциональный фон, желание выполнять практические действия, быть успешным).

Занятия данного курса включают теоретическую и практическую части.

Практические действия включают в себя непрерывный процесс по уходу за растениями, поэтому на протяжении всего курса идет постоянная работа (в независимости от последовательности занятий) по уходу за растениями в вегетационный период (полив, рыхление, пересадка).

Для реализации программы и профориентационной деятельности участников, назначен участок и организована его структура.

Организованы площадки для посадки овощных культур, цветочно-декоративный – клумбы, цветники, коллекционный (сбор семян). Площадь участка определяется с учетом территориальных условий центра, помещения и количества участников в группе.

На площадке овощных культур определено выращивание томатов, свеклы, моркови, лука, зелени.

В цветочно-декоративном отделе определено выращивание комнатных растений - герани, фиалок, и растений, растущих на клумбах – бархотки.

В коллекционном отделе идет сбор семян выращенных групп растений из овощного, цветочно-декоративного отделов.

Материальная база программы, обеспечивается оборудованием и инвентарем в соответствии с планами и объемами посадочных работ и теоретической подготовки участников. Участки обеспечиваются водой для полива растений.

Учитываются сезонные временные отрезки, которые предполагают:

В зимнее время – январь, февраль (подготовка семян к рассаде).

В весеннее время (высаживание семян на рассаду, уход).

В осеннее время (сбор семян, урожая).

В процессе всего реабилитационного времени (реабилитационные периоды) с участниками программы ведется работа по формированию

умений и навыков в ведении трудовых действий по уходу за комнатными растениями (полив, рыхление, удаление сухих листьев).

Программа включает 15 занятий.

Структура каждого занятия включает теоретическую и практическую части. Теоретическая часть содержит описание биологической структуры растения, полезные свойства для организма человека (уголок здоровья), беседы, наблюдения. Повторение биологической структуры растения, обозначения его пользы для организма человека. Для лучшего усвоения теоретического материала предлагается рассказать новую информацию дома – родителям, друзьям.

Практическая часть включает в себя практические действия участника программы (подготовку почвы, семян, алгоритм посадки растения, уход за ним в вегетационный период, сбор урожая, семян), игры. После каждого выполненного практического действия (посадки, полива, пикировки и т.д.) и в период ухода за растениями (период роста) подводятся итоги наблюдений и практических действий.

В течение реабилитационного периода с участниками программы планируются творческие работы в различных техниках, фотоматериал последовательного реабилитационного процесса. Поэтому итоговым занятием может быть подготовка творческой выставки работ, фотовыставка, растения которые дети вырастили своими руками.

В занятии №15 прописаны творческие техники «Флористика», «Ошибана», «Икебана», «Гербарий», творческие выставки, которые будут использоваться на занятиях в течение реабилитационного процесса с целью развития творческих способностей и решением образовательных, воспитательных, коррекционных и реабилитационных задач. Для лучшего усвоения материала и эффективного реабилитационного процесса, данное занятие проводится в несколько этапов.

Первый этап – *теоретический*.

Знакомство с творческой техникой. История данного искусства (почему так называется). Просмотр иллюстраций, фотографий, картинок, документальных видео фильмов.

Второй этап – *ознакомительный*.

Знакомство с материалом и оборудованием необходимым для творческого процесса. Подбор необходимых деталей для композиции, необходимого оборудования, инструментария.

Третий этап – *практический*.

Составление композиции, с учетом правильного использования инструментов, соблюдая технику безопасности, алгоритм и аккуратность в работе.

Каждая техника с участниками программы проводится в форме занятия два и более раз, в зависимости от усвоения теоретического материала и практического составления композиции.

Заявленные творческие техники включены в календарно-тематический план программы.

В реализации программы для усвоения материала используются интернет ресурсы – мультфильмы, документальные фильмы познавательного и информационного характера, которые также включены в календарно-тематический план.

Темы занятий, могут варьироваться с учетом климатических условий при посадке растений (в открытый грунт), с учетом адресата программы их особенностей, ограничений здоровья, нозологии.

Форма обучения – **очная**.

Методы обучения, в основе которых лежит способ организации занятия представлены в табл. 1.

Таблица 1

Словесные	Наглядные	Практические
Устное изложение	Показ видеоматериалов, иллюстраций	Дидактические игры, упражнения
Беседа, объяснение	Показ педагогом приемов исполнения	Практическая деятельность (посадка растений)
Анализ, итог беседы (наводящие вопросы)	Наблюдение	Уход за растением (полив, рыхление)
Анализ структуры и др.	Работа по образцу	Индивидуальные задания
Пояснения, словесная инструкция	Работа по показу	Лабораторные
Инструктаж		Выставочные работы

Тип занятия: комбинированный, так как включает в себя теоретическую и практическую часть. Включает в себя первичную, промежуточную и итоговую диагностику.

Формы проведения занятий представлены в табл. 2.

Таблица 2

Беседа Рассказ	Диагностическое занятие	Творческая мастерская (флористика)
Рассматривание информационных источников по растениеводству	Мастер-класс	Алгоритм практических действий (при посадке и уходе за растениями).
Занятие-игра	Наблюдение за ростом растений.	Творческий отчет, выставка
Обсуждение	Экскурсия	Фото выставка
Выставка	Практическое занятие	Фабрика овощей

	(посадка растений)	(своими руками)
Консультация	Продуктивная деятельность	Сбор гербария, семян растений
Работа с родителями (консультации, анкетирование)	Представление Презентация	Сбор плодов
Планирование	Знакомство с творческими техниками, например (флористика)	Ярмарка
Интернет ресурсы – мультфильмы, документальные фильмы познавательного характера	Домашнее задание	Подведение итогов

Срок освоения программы

Реализуется программа в реабилитационные периоды сентябрь – декабрь, январь – май, летний период: июнь – август.

Период сентябрь – декабрь и летний период: июнь – август, включают реабилитационный процесс 12 недель, по 2 занятия в неделю. Всего планируется 24 занятия. Так как программой предусмотрено 15 занятий, выборочные занятия проводятся по 2 раза. На втором занятии идет закрепление материала и практических навыков. В календарно-тематическом плане прописываются часы.

Период январь-май, предусматривает 16 недель, по 2 занятия в неделю. Всего планируется 32 занятия. Каждое из занятий проводится по 2 раза. Последние два занятия проводятся в форме экскурсии, подведение итогов.

Режим занятий — каждое занятие проходит 2 раза в неделю, по 30 минут.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО МЕТОДУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ (ФБУ) С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ

*Корчагина Е.В.,
Шуватова И.Ю.*

Одним из наиболее важных аспектов благополучия особых детей является создание благоприятных условий вокруг них не только в общественной жизни, но и, главным образом, в их семье. Ведь именно там концентрируется масса проблем и сложностей. Это связано с нагрузкой, испытываемой родителями детей с ОВЗ.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии – это очень сложная во многих отношениях задача, связанная с разнообразными жизненными проблемами. Преодоление этих проблем сопряжено с сильным стрессом для всей семьи, оказывает деформирующее воздействие на психику, что приводит к страданиям, вызывает страхи, истерики, депрессивное состояние, чувство одиночества, потерянности. В большинстве случаев повышенное нервно-психическое напряжение испытывают именно родители, а особенно женщины, так как матери постоянно находятся с детьми-инвалидами.

Так же важно отметить, что совершенно очевидно профессиональная деятельность специалиста социальной сферы, независимо от разновидности исполняемых функций, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает специалист социальной сферы в процессе сложного социального взаимодействия с клиентом, оказывают негативное воздействие на него самого. Исследователи рассматривают это процесс как личную деформацию специалиста под влиянием профессиональных стрессов.

Характерно, что представители профессии типа «человек – человек», постоянно работающие с людьми, подвержены опасности профессиональной деформации больше, чем представители профессий типов «человек – техника», «человек – природа». Это вызвано тем, что общение с другими людьми обязательно включает и их воздействие на специалиста. В современных условиях специалисты социальной сферы являются профессиональной группой, особенно подверженной профессиональной деформации, так как испытывают большие эмоциональные нагрузки в процессе профессиональной деятельности. Специалисты постоянно сталкиваются с негативными переживаниями, оказываются в большей или меньшей степени вовлеченными в них, в связи с чем они находятся в зоне риска для собственной эмоциональной устойчивости.

С целью профилактики эмоционального выгорания родителей и профессиональной деформации специалистов центра была сформирована группа для психо-профилактической работы. В нее вошли 7 человек (родители детей проживающих в социальной гостинице и сотрудники центра) в возрасте от 23 до 41 года.

По наблюдениям, у участников группы отмечается повышенный уровень утомляемости и психосоматических заболеваний, что и послужило поводом для отбора их в группу. Перед началом работы нам удалось замотивировать участников, поэтому они приступили к занятиям с желанием и интересом.

Программа «Комфорт» предназначена для коррекции нарушенных состояний и обучения навыкам поддержания оптимального уровня функционирования организма. При работе используются такие значимые параметры, характеризующие состояние человека, как ЭМГ, частота пульса и дыхания, периферическая температура. Применение метода ФБУ в работе с

этим параметрами обеспечивает формирование навыков диафрагмально-релаксационного дыхания, управления мышечной активностью, достижения глубокой мышечной и психоэмоциональной релаксации.

Применение программы «Комфорт» позволяет корректировать состояния при психосоматических, психоэмоциональных нарушениях, дает возможность восстанавливать адаптационные ресурсы организмы.

Особенность применяемой в программе технологии функционального биоуправления является то, что ее эффективность основывается на использовании универсальных естественных механизмов адаптации человека. В ходе работы активируются, уточняются и восстанавливаются внутренние ресурсы организма, происходит обучение произвольному поддержанию оптимального состояния, формируются устойчивые навыки саморегуляции.

Использование метода функционального биоуправления, при котором обучается в первую очередь регуляторная функция самой нервной системы, определяет те позитивные эффекты в динамике психофизиологического состояния, которые труднодостижимы при использовании традиционных форм оздоровительной работы.

Достижение оптимального состояния, в свою очередь, приводит к улучшению показателей физиологической, эмоциональной и интеллектуальных сфер личности. Это позволяет использовать программу в профилактических, оздоровительных, психокоррекционных и образовательных целях.

Таким образом, занятия по данной программе способствуют решению таких актуальных и значимых задач как:

1. Оздоровление организма, за счет снижения стрессовой нагрузки, нормализации функционального состояния.
2. Создание благоприятных условий для нервно-психического развития.
3. Профилактика психосоматических заболеваний
4. Профилактика и коррекция речевых нарушений.
5. Повышение концентрации внимания и работоспособности, проведение коррекционной работы по проблемам, связанным с произвольным контролем поведения.
6. Профилактика хронического стресса, повышение стрессоустойчивости.
7. Обучение эффективным поведенческим стратегиям, осознание личной ответственности за свое поведение и выбор жизненного пути.

К концу занятий участники группы отмечают снижение уровня тревожности, нормализацию психоэмоционального состояния, у некоторых повысилась работоспособность, произвольная саморегуляция состояния, стрессоустойчивость, улучшились какие показатели, как сон и пищеварение.

Результатом проведенных диагностических и тренировочных занятий стали показатели:

- Снижение частоты сердечных сокращений постепенно снижается, что демонстрирует улучшение общего состояния.

- Количество дыханий в минуту крайне не стабильно на первых трех сеансах и практически одинаково на четвертом и пятом, что показывает оптимизация дыхательной функции.

В среднем, этап обучения дыханию занял три сеанса. При сохранении стабильности показателей на шестом сеансе участники группы приступали к этапу закрепления навыка. Автоматизация диафрагмального дыхания происходила к 8-10 сеансу.

Таким образом, психопрофилактическая программа «Комфорт» может оказать помощь в проведении полноценной и целенаправленной профилактической и коррекционной помощи. Взрослым людям данная программа может помочь справиться с переутомлением и овладеть навыками саморегуляции.

Делая вывод, следует отметить простоту использования, широкий возрастной охват и эффективность программы.

Оценка состояния опорно-двигательного аппарата у молодых людей с ДЦП

Для обследования молодых людей и выявления уровня развития силы мышц используются два блока тестов:

Первый блок тестов используется для оценки манипулятивной деятельности рук, так как у молодых людей с ДЦП наблюдается сгибательно-пронационная установка рук, он включает следующие задания.

4. Вис на перекладине на руках хватом сверху.

Требования к условиям. Перекладина должна быть такой высоты, чтобы испытуемый, повиснув на ней расслабившись, не касался пола ногами. Необходимо продержаться наибольшее количество времени.

Цель: определить статическую силу мышц, сгибающих пальцы рук.

5. Кинестетическая чувствительность.

Цель: измерить силу отдельных мышечных групп человека с помощью специальных устройств – динамометров медицинских.

В начале, определяется максимальная сила. Затем испытуемый, глядя на динамометр, 3-4 раза сжимает его с усилием, равным, например, 50% от максимального. Затем это усилие повторяется 3-5 раз (паузы между повторениями – 30 с), без зрительного контроля. Кинестетическая чувствительность измеряется отклонением от полученной величины (в процентах). Если разница между заданным и фактическим усилием не превышает 20%, кинестетическая чувствительность оценивается как нормальная.

6. *Кистевая динамометрия.*

Цель: измерить силу мышц, сгибающих пальцы, с помощью кистевых динамометров. Динамометрические показатели могут быть выражены в абсолютных величинах (кг).

С помощью кистевых динамометров измеряют силу мышц, сгибающих пальцы. Перед тестированием прямым измерением определяется максимально возможное для испытуемого усилие сжатия кисти руки. Тестовым заданием является удержание в течение заданного интервала времени мышечного усилия, равного 75% от максимального. Показатель мышечной выносливости рассчитывается как процент времени качественного выполнения тестового задания, в общем, времени тестирования.

Второй блок тестов используется для оценки силовой выносливости мышц, так как для поддержания правильной осанки необходимо развитие мышц разгибателей спины и брюшного пресса, для стабилизации таза необходимо развитие большой и средней ягодичных мышц, для стабилизации головы – мышц шеи.

Он включает в себя оценку:

1. Силовой выносливости мышц брюшного пресса на время (в с.).

Силовая выносливость мышц брюшного пресса определяется по времени удержания на весу прямых ног поднятых под углом 45 градусов, лежа на спине (в секундах).

2. Силовой выносливости разгибателей спины на время (в с.).

Силовая выносливость мышц спины определяется по времени удержания разгибателей спины в исходном положении лежа на животе (в секундах).

Лежа на животе, руки вверх. клиент разгибает спину, одновременно отрывая от опоры, выпрямленные и слегка разведенные верхние и нижние конечности, и удерживает их в этом положении.

- Силовой выносливости большой ягодичной мышцы на время (в с.).

И. п. – лежа на животе, руки вверх, удерживаясь за кушетку, передние верхние подвздошные кости на краю кушетки. Клиент, немного отведя бедра в стороны, удерживает в таком положении. Оценивается время выполнения упражнения.

- Силовой выносливости средней ягодичной мышцы на время (в с.).

Исследование включает активное отведение бедра в положении стоя на одной ноге, причем не допускается ротация бедра кнаружи или внутрь. Оценивается время выполнения упражнения.

- Силовой выносливости сгибателей шеи на время (в с.).

В положении лежа на спине испытуемому предлагается несколько приподнять голову без отрыва грудной клетки от кушетки. В норме удается удерживать голову в течение полминуты или больше, при вялости же исследуемых мышц это движение удается выдержать в течение нескольких секунд.

- Сила мышц ног.

Приседания на обеих ногах. Тест помогает определить силу мышц ног. Стоя у опоры, испытуемый приседает. Приседания должны выполняться на всей стопе. Учитывается количество раз за 30 с.

**Способы проверки знаний, умений и навыков
у людей от 18-35 лет физической подготовленности**

№ п/п	Вопросы диагностики	Методика диагностирования	Характеристика умений
1.	Мышечная сила кисти	<p>Цель : измерить мышечную силу кистей рук с помощью ручного механического динамометра.</p> <p>Перед обследованием необходимо познакомить молодых людей с прибором динамометром и рассказать, как им пользоваться. Во время тестирования клиент принимает исходное положение: стоя, руки опущены вниз.</p> <p>Руководитель ФВ (инструктор), дает указание взять в руки динамометр, при этом рука клиента опущена и немного отведена в сторону. Затем инструктор использует игровой прием и предлагает клиенту поднять «сетку картошки» - сильно сжать прибор.</p> <p>Делается по две попытки каждой рукой. Между попытками даются 1-2 минуты отдыха. Результаты измерений фиксируются с</p>	<p>Мальчики: <i>правая рука</i> – 18-27 <i>левая рука</i> – 19-28</p> <p>Девочки: <i>правая рука</i> – 14-23 <i>левая рука</i> – 15-24</p>

		точностью до 0,1 кг	
2.	Силовая выносливость мышц	<p>Цель: Оценить силовую выносливость мышц шеи.</p> <p>Клиент принимает исходное положение, лежа на спине, руки лежат вдоль туловища, подбородок прижат к груди. Инструктор дает указание приподнять голову от пола на 4 – 5 см и удерживать до усталости (в секундах).</p> <p>Цель: Оценить силовую выносливость мышц живота.</p> <p>Клиент принимает исходное положение, лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Инструктор дает указание поднять прямые ноги вверх под углом 45* и удерживать до усталости (в секундах), колени не сгибать, носки ног тянуть от себя.</p> <p>Цель: Оценить силовую выносливость мышц спины.</p> <p>Клиент принимает исходное положение, лежа на животе, руки вытянуты вперед. Инструктор дает указание приподнять над полом прямые руки, ноги и голову. Руки в локтях не сгибать, голова между рук, носки ног тянуть. Удерживать это</p>	<p>Шея 60 секунд</p> <p>Живот 55 секунд</p> <p>Спина 60 секунд</p> <p>Мальчики: 40 - 60</p> <p>Девочки: 50 - 60</p> <p>Мальчики и девочки:</p>

		положение до усталости (в секундах).	16 – 60
3.	Проверка координации - справа; - слева.	<p>Цель: выявить координационные возможности клиент при удержании равновесия.</p> <p>Клиент принимает исходное положение, основная стойка, руки на поясе. Инструктор дает указание согнуть в колене левую ногу (и, наоборот) и пытается при этом сохранить равновесие. Задание выполняется с открытыми глазами. Время удержания равновесия фиксируется секундомером.</p>	Мальчики и девочки: 12-30
4.	Функциональная проба Проба Штанге	Клиент принимает исходное положение, сидя на стуле, руки на коленях. Инструктор делает указание сделать максимальный вдох и выдох, затем вновь глубокий вдох, закрывает рот и зажимает пальцами нос, задерживая дыхание на предельно возможное время, которое определяется по секундомеру	
5.	Функциональная проба Проба Генчи	Клиент принимает исходное положение, сидя на стуле, руки на коленях. Инструктор делает указание сделать вдох, затем выдох и задерживает дыхание.	

Комплекс упражнений для рук

1. Поочередно поднимать руки с гантелями перед собой до уровня плеч.
2. Подъем рук через стороны вверх до уровня плеч.
3. Подъем рук через стороны вверх над головой.
4. При наклоне туловища вперед отводить руки в стороны.
5. В положении стоя попеременный жим гантелей.
6. Круговые движения руками с отягощением. Упражнение способствует хорошему развитию всех головок дельтовидных мышц.
7. В положении сидя попеременный жим гантелей.
8. Лежа на животе на скамье, отведение рук с гантелями в стороны.
9. В положении лежа на боку отводить руку в сторону.
10. В положении лежа на боку на гимнастической (горизонтальной) скамье поднимать руку на уровень плеча.
11. Лежа на скамье на животе, подъем рук вперед-вверх.
12. Лежа на скамье на груди, поднять гантели. Локти прижаты к бокам. Имитация гребли.
13. Из того же исходного положения поднять гантели на прямых руках, разводя их в стороны и сводя лопатки, имитируя взмахи крыльями.
14. Круговые движения в локтевых суставах рук с гантелями.
15. Руки с гантелями над головой. Разводя руки вниз и в стороны, гантели опускаем за голову на плечи.
16. С гантелями отведение рук в стороны, ладони направлены вперед от себя.
17. Для разгибателей рук — трицепсов. С гантелями разгибание рук в локтевом суставе вверх.
18. Для дельтовидных мышц, поднимающих руки в стороны. С гантелями разведение рук в стороны. Руки поднимаются ладонями книзу.

Примерный комплекс дыхательных упражнений

1. Сделать полный выдох, набрать воздух медленно через нос, следя за тем, чтобы передняя брюшная стенка все больше выдавалась вперед (набирать воздух свободно, не напрягаясь). При этом диафрагма уплощается, увеличивая объем легких, грудная клетка расширяется. Вдыхать и выдыхать плавно, избегая толчков.

2. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, с закрытым ртом сделать глубокий, без напряжения вдох носом. Затем пауза (задержать грудную клетку в расширенном состоянии). Сделать полный выдох, медленно и плавно выпуская воздух через нос. Пауза.

3. После выдоха начать дыхание через нос, следя, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота, спокойны ли плечи. Выдержав паузу, начать постепенный, плавный выдох через узкое отверстие, образованное губами. При этом должно возникнуть ощущение, будто струя воздуха является продолжением воздушного потока, идущего от диафрагмы. Необходимо следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и шее. При ощущении напряжения следует, расслабившись, медленно покачать головой вправо-влево, вперед-назад, по кругу.

4. Исходное положение (далее – и. п.) – лежа на спине. По инструкции клиент медленно поднимает одну руку (правую, левую), ногу (левую, правую), затем две конечности одновременно на вдохе и удерживает в поднятом положении во время паузы; медленно опускает на выдохе; расслабляется во время паузы. После этого упражнение выполняется, лежа на животе.

5. И. п. – сидя, спина прямая. Поднимать руки вверх над головой с вдохом и опускать вниз перед собой с выдохом, немного сгибаясь при этом.

Упражнения на координацию движений

Упражнение 1. Пространство.

И. П.- стоя на ноге, руки свободно опущены вниз. Вдох: приподнимаем не здоровую ногу, одновременно руки сгибаются в локтях и кисти рук поднимаются на уровень груди.

Выдох: руки разводятся в стороны.

Упражнение 2. Равновесие.

И. П.- то же. Вдох: занимаем первую позицию предыдущего упражнения. Выдох: корпус наклоняется вперед, руки вытягиваются вперед.

Вдох: переход к прежней позиции (руки поставить на пол). Выдох: возвращение в исходное положение. Затем упражнение повторяется с противоположной стороны.

Упражнение 3. Дуновение ветра.

И. П.- то же. Выдох: руки производят круговое вращательное движение вправо-вверх-влево-вниз, а затем вместе с правой ногой отводятся вправо, при этом нога полностью выпрямляется в коленном суставе. Вдох: переход к прежней позиции. Выдох: возвращение в исходное положение. Затем упражнение выполняется с противоположной стороны.

Упражнение 4. Полсвета.

Особенностью данного упражнения является объединение трех предыдущих упражнений в единое целое. Из исходного положения упражнения выполняются последовательно с общим промежуточным положением. Упражнение можно выполнять несколько раз.

Упражнение 5. Палочник.

1. И. П.- лечь на пол, поднять ногу и корпус вверх, упираясь руками в поясницу, а локти поставив на пол. Подержать это положение, медленно считая до десяти, затем опустить корпус на пол.

2. Проделав то, что описано в варианте 1, удерживая корпус в вертикальном положении, отпустить руки от поясницы и, положив их на пол, удерживать равновесие в таком положении. Досчитав до десяти, опустить корпус на пол.

3. Проделав то, что написано в варианте 2, удерживая корпус в вертикальном положении, поднять руки и расположить их вдоль корпуса и ног - в положение "руки по швам", удерживая равновесие за счет опоры на шею и плечи. Стоять в таком положении, считая до десяти, затем опустить корпус на пол.

Упражнение 7. Уголок.

Сидя на стуле (спина прямая, шея выпрямлена, взгляд вперед), взяться руками за боковой край сиденья (обеими руками), ноги поднять параллельно полу и, удерживая их в таком положении сделать дыхательное упражнение.

Упражнение 8. Журавль.

Л. П.- стоя на ноге, руки разведены в стороны. Вдох: дыхание нижнее. На выдохе производим медленный наклон вперед, стараясь наклониться как можно ниже. Движение вниз заканчивается одновременно с выдохом. На вдохе - выпрямляемся и выходим в исходное положение.

Упражнение 12. Неваляшка.

И. П.- сидя. Взять рукой наружный край стопы, и, удерживая равновесие, сидя на ягодицах, отвести ногу в стороны, стараясь полностью разогнуть ногу в коленном суставе. При этом необходимо стараться не заваливаться назад.

Упражнение выполняется от 3-4 до 10-12 раз, удерживая равновесие от 2-3 секунд до 10-15 секунд. Тип дыхания - нижнее.

Упражнение 17. Краб .

И. П.- сидя и опираясь ногой и рукой об пол. Отрываем ягодицы от пола, оставаясь на трех точках опоры, и удерживаем равновесие.

Упражнения для мышц пресса

1. **Скручивание.** Это упражнение для верхнего пресса выполняется в положении лежа, при этом нога согнута в колене, локти разведены в стороны, а руки находятся за шеей. Медленно поднимаем верхнюю часть туловища. Также медленно опускаемся в исходное положение. Поясница должна плотно прижиматься к полу на протяжении всего упражнения.

2. **Диагональное скручивание.** В этом упражнении для косых мышц пресса исходное положение будет таким же, как и в первом. Делать скручивание следует так, чтоб левым локтем касаться правого колена, а правым тянуться ко второй ноге. Выполнять такие упражнения для косых мышц пресса надо на каждую сторону по 10 раз в три подхода.

3. **Обратное скручивание.** Исходное положение – руки вдоль тела, лёжа на спине. Напрячь мышцы пресса и поднять ногу. При достижении наибольшего возможного напряжения брюшных мышц, очень медленно возвратиться в исходное положение. 12 повторов в 3 подхода.

4. **Двойное скручивание.** И.п. Лежа на спине, ногу согнуть под углом 45 градусов в колене, а руки за голову. Поднять ногу и голову, медленно двигать их друг другу навстречу. Также медленно возвратиться в исходное положение. 15 раз в три подхода.

5. **«Поднимаем ногу».** Лежа на спине, ноги прямые, а руки находятся вдоль туловища. Поднять прямую ногу таким образом, чтобы с туловищем они составляли прямой угол.

Комплекс 1 упражнений гимнастики для молодых людей с ОВЗ

Упражнения для мышц плечевого пояса и рук.

Упражнение «Ушки»:

- Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе, смотреть вперед.
- Выполнение: 1- наклон головы к правому плечу, не поднимая плеч. 2- вернуться в исходное положение. 3- наклон головы к левому плечу, не поднимая плеч. 4- вернуться в исходное положение

Упражнение «Птички»:

- Исходное положение: ноги слегка расставлены, руки опущены, висят вдоль тела.
- Выполнение: развести руки в стороны и помахать ими, чередуя широкие махи («как орел») и маленькие («как воробушек»). Опустить руки.

Упражнение «Поезд едет»:

- Исходное положение: ноги слегка расставлены, руки свободно опущены.
- Выполнение: сгибание и разгибание рук в локтях (делаем круговые движения, как будто крутим колеса паровоза при движении).

Упражнения для мышц туловища

Упражнение «Птички поют»:

- Исходное положение: ноги расставлены шире плеч, руки опущены вниз.
- Выполнение: наклон вперед, руки отвести назад, сказать: «Карр», выпрямиться в исходную позицию.

Упражнение «Смотрим в окошко»:

- Исходное положение: сидя на стульчике, ноги параллельно, руки на коленях.
- Выполнение: наклон вперед, руки немного согнуть в локтях; повороты головой вправо-влево (будто выглядываем в окошко). В конце упражнения выпрямиться.

Упражнение «Охи-вздохи»

- Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе.
- Выполнение: 1-поворот вправо, развести руки в стороны, сказать: «Ох!». 2- вернуться в исходное положение. То же в левую сторону.

Комплекс упражнений гимнастики для мышц ног

Упражнение «мячик»

Произвольные подскоки на месте, чередуемые с ходьбой.

Упражнение «с горки на горку»:

Полуприседания, чередуемые с ходьбой - будто поезд едет с горки на горку.

Упражнение «Струнка»:

- Исходное положение: ноги вместе, руки на поясе.
- Выполнение: подняться на носки, вытянуться вверх (как струнка), вернуться в исходную позицию.

Общеукрепляющие упражнения

На этом этапе гимнастики у молодых людей расслабляют мышцы и восстанавливают нормальный темп дыхания. Упражнения делают в течение 3-4 минут.

Общеукрепляющий комплекс упражнений гимнастики может включать упражнения на становление правильного дыхания, разминку для глаз, пальцев рук, упражнения для профилактики плоскостопия. И даже обтирания холодной водой!

Дыхательные упражнения

«Воздушный шарик» (диафрагмальное дыхание):

- Исходное положение: стоя, ладонь на животе.
- Выполнение: На вдохе живот выпячивается вперед. Задержка дыхания. Выдох через неплотно сжатые губы, произносятся звук [с]. Повторить 3 раза.

«Насос» (мышечный тренинг):

- Исходное положение: стоя, руки перед грудью, пальцы сжаты в кулаки.
- Выполнение: Наклониться вниз с прямыми ногами, сделать выдох, произносятся звук [ш]. Выпрямляясь, сделать вдох через нос. Повторить 6 – 8 раз.

Упражнения для осанки

Лежа на животе, оторвать плечи от пола, руки развести в сторону. Затем положить на голову мешочек, набитый песком, и с этим снарядом походить (просто так, затем на носках, на пятках), сесть на пол и встать.

Упражнения для правильного формирования стопы

Сидя, перекидывать с места на место мяч, захватив его ступнями ног.

Собрать пальцами ног разложенную на полу веревку.

Как канатоходец, походить (боком и прямо) по лежащей на полу палке.

Комплекс 2 упражнений гимнастики для молодых людей с ОВЗ

2. Ходьба на месте в спокойном темпе, не нарушая дыхания. Выполнять 1 минуту.
3. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки опущены вниз вдоль тела. На вдохе поднимаемся на носки, руки через стороны выводим вверх. Повторять 2-5 раз.
4. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки на поясе. Совершаем вращательные движения головой в одну сторону, затем в другую, наклоняем ее вправо-влево, вперед-назад. Совершить 2-5 повторов.
5. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки на поясе. Выполняем наклоны в сторону: правую руку поднимаем вверх и тянемся всем корпусом влево, меняем руки и тянемся уже вправо. По 2-5 раз каждой рукой.
6. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки выпрямлены параллельно полу. Поворачиваем корпус вправо и влево. 2-5 повторов в каждую сторону.
7. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки опущены вдоль тела. Совершаем наклоны вперед и тянемся руками к полу. Затем – назад, поднимая руки вверх. Выполняем 2-5 раз в одном направлении.
8. Исходное положение: ноги вместе, руки на поясе. Выполняем махи ногами вперед, назад и в сторону. Совершить по 2-5 повторов на каждую ногу.
9. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки опущены вдоль тела. Выполняем круговые движения плечами: сначала одним 2-5 раз, затем другим и попеременно.
10. Исходное положение: ноги вместе, руки согнуты перед грудью. Выполняем резкие выпады руками вперед попеременно. 2-5 повторов на каждую руку.
11. Исходное положение: ноги вместе, руки на поясе. Выполняем приседания в спокойном темпе, стараясь не ускорять его и не замедлять. 2-5 повторов.
12. Исходное положение: сидя на гимнастическом мате, ноги вместе и выпрямлены. Выполняем наклоны вперед, хватаясь пальцами рук за пальцы ног. Повторить 2-5 раз.
13. Исходное положение: сидя на спортивном мате, ноги выпрямлены и широко расставлены. Тянемся всем корпусом попеременно то к правой ноге, то к левой. Важно не сгибать колени при этом. Выполнить 2-5 раз на каждую ногу.
14. Исходное положение: лежа на спине на спортивном мате, ноги согнуты в коленях. Поворачиваем бедра в сторону так, чтобы колени коснулись пола. 2-5 раз на каждый бок.

15. Исходное положение: встать на четвереньки на гимнастическом мате. Выполняем прогибы в спине вверх и вниз. 2-5 раз в каждую сторону.

16. Исходное положение: стоя, ноги вместе, руки на поясе. Прыгаем то на одной ноге, то на другой, то на обеих одновременно. Продолжительность выполнения – 1 минута.

17. Бег на месте. Темп средний. Сразу не останавливаемся, а сначала переходим на ходьбу. Общая продолжительность – 1 минута.

18. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки вдоль тела. На вдохе плавно поднимаемся на носки и тянемся руками вверх, затем резко опускаем тело вниз, руки к полу и стараемся максимально расслабить спину и шейный отдел.

Наши авторы

Барбитова Анна Дмитриевна – старший методист ОГКУСО РЦ «Подсолнух», кандидат педагогических наук, доцент.

Варламова Елена Сергеевна – заведующая отделением ранней помощи ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Добрынина Юлия Эдуардовна – специалист отделения медико-социальной реабилитации ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Киреева Ольга А – медицинская сестра процедурного кабинета отделения медико-социальной реабилитации ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Коротаев Олег Анатольевич – руководитель физического воспитания ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Корчагина Евгения Викторовна – учитель-логопед ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Куварина Татьяна Николаевна – врач ЛФК ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Макарова Лариса Вячеславовна – учитель-логопед ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Лучникова Татьяна Александровна – директор ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Макимова Лариса Юрьевна – учитель-дефектолог ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Макухина Ирина Григорьевна – учитель-логопед ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Моисеенко Галина Анатольевна – воспитатель ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Наревская Ирина Николаевна – педагог-психолог ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Починов Владимир Дмитриевич – инструктор по труду ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Степанова Татьяна Васильевна – учитель-логопед МДОУ детский сад № 106 г. Ульяновска.

Савинова Елена Алексеевна – музыкальный руководитель МДОУ детский сад № 159 г. Ульяновска.

Тараканов Олег Александрович – руководитель физического воспитания ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Тимошина Светлана Васильевна – заведующая отделением медико-социальной реабилитации ОГКУСО РЦ «Подсолнух».

Шуватова Ирина Юрьевна – педагог-психолог ОГКУСО РЦ «Подсолнух».