

## ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ



**ОО «БелАПДИиМИ» предлагает Вашему вниманию второе издание книги «Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Учебно-методическое пособие». С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.**

**Пособие знакомит с ведущими подходами к организации психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития, успешно реализуемыми в странах Западной Европы и США. В нем представлены направления коррекционно-педагогической работы с данным контингентом детей, а также методические рекомендации по их реализации.**

**Адресуется учителям-дефектологам, родителям, студентам педагогических вузов.**

Образование и социальная интеграция людей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития является одной из целей государственной политики как в Германии, так и в Республике Беларусь. При этом в обеих странах процесс включения этих людей в жизнь общества рассчитан на долгосрочный период времени и требует особых усилий всех его участников, не только государства, но в первую очередь самих людей с ограничениями, членов их семей, а также специалистов.

Расширение сети учреждений специального образования, ее качественное обновление создает новые возможности в Беларуси для людей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития. Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации сегодня активно реализуют психолого-педагогическое сопровождение рассматриваемой группы лиц. В этой связи особенно актуальной становится потребность в специальных знаниях, позволяющих специалистам работать в данной области на высоком профессиональном уровне...

С целью удовлетворения запроса специалистов центров на специальную подготовку в области ра-

боты с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития был задуман и реализован белорусско-немецкий образовательный проект (2006-2007 гг). В нем приняли участие государственные учреждения образования и общественные организации. С немецкой стороны реализацию проекта обеспечивали Служба оказания помощи инвалидам Германии «Акция человек», фонд «Хоффбауер-Штифтунг» (г. Потсдам) и группа оказания помощи пострадавшим от радиации белорусским детям (г. Берлин), с белорусской — Белорусский государственный педагогический университет имени М.Танка и Общественное объединение «Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам»... Совместная деятельность белорусских и немецких преподавателей дала возможность специалистам овладеть разнообразными методиками, интегрирующими отечественный и зарубежный опыт работы в данной области.

В пособии представлены основные направления коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими тяжелые физические и психические ограничения. Комплекс предлагаемых мер имеет как теоретическое обоснование, так и конкретные методические рекомендации по его практическому применению. Все описанные в пособии педагогические мероприятия выстроены в соответствии с принципами нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями и ориентированы на развитие их собственной активности, инициативы и самостоятельности.

Материалы пособия акцентируют внимание специалистов на необходимость наблюдать за ребенком, подмечать малейшие сигналы, указывающие на его потребности и желания. Представленная педагогическая концепция использует девиз известного шведского специального педагога Лили Нильсон: «Помоги мне сделать это самому», который указывает на то, что именно ребенок является основой и точкой отсчета при проектировании всей системы коррекционно-педагогических мероприятий. Предлагаемые мероприятия включают в себя не только непосредственную работу с детьми, но и преобразование окружающей среды, создание условий, стимулирующих собственную деятельность каждого ребенка.

Данное пособие позволит более широкому кругу специалистов приобщиться к современной теории и практике оказания педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития. Для многих специалистов оно может стать началом преисполненного надежд совместного пути с ребенком, который доверяет вам и очень нуждается в вашем профессионализме.



## ЭРГОТЕРАПИЯ СЕГОДНЯ

**Термин «эрготерапия» в Беларуси малоизвестен. К сожалению, слово «терапия» в русском языке имеет очень узкое значение и воспринимается только как лечение с помощью медикаментозных средств, отрицая психолого-педагогическое содержание этого понятия. Тем не менее, в настоящее время, когда реабилитация принимает все большие масштабы и предполагает не только медикаментозное лечение, но и психолого-педагогическое сопровождение, роль эрготерапии очень возрастает.**

Эрготерапия (от греч. Ergon — делать, действовать, работать и therapeutein — лечить, ухаживать, сопровождать) относится к общему комплексу реабилитационных мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление способности человека к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху), независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества. Комплексность человеческого действия всегда являлась центральным предметом основополагающей философии эрготерапии. Быть деятельным — залог успеха. «Если травма, заболевание или другие факторы препятствуют участию в деятельности, то отсутствие деятельности может привести к ухудшению состояния» (Теория Килхофнера, 1993).

**Деятельность – непосредственное средство реабилитации и в то же время – инструмент диагностики и цель реабилитации.**

Термин «деятельность» в контексте эрготерапии характеризует различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл: повседневная активность, работа и продуктивная деятельность, досуг.

Как наука эрготерапия существует более 80 лет. С точки зрения медицины она исследует проблемы преодоления последствий болезней, профилактику инвалидности. Функциональные нарушения и инвалидность часто используются как равнозначные понятия. Однако они перестали быть таковыми, после того как Всемирная Организация Здравоохранения установила, что понятие «инвалидность» имеет отношение к окружающей среде. Это означает, что термин «функциональное нарушение» должен

использоваться для обозначения последствий какой-либо болезни или травмы как составной части физического или психического функционального состояния человека. При столкновении с окружающей средой такое нарушение влечет за собой утрату способности к различного рода деятельности, причем степень утраты зависит от того, как «устроена» эта среда. Именно утрата способности к какой-либо деятельности и обозначается словом «инвалидность». Для людей с нарушением развития доступ к окружающей среде нередко ограничен, и это может стать причиной значительной инвалидности, в то время как другая, лучше приспособленная среда может способствовать частичному или даже полному избавлению от инвалидности. Исходя из этого, можно утверждать, что главная задача эрготерапевта — организовать окружающую среду таким образом, чтобы человек с ограничениями мог самостоятельно жить и действовать максимально независимо от других. За рубежом эрготерапия находит применение в различных сферах: неврологии, психиатрии, педиатрии, ортопедии, гериатрии и трудовой терапии.

В педиатрии эрготерапия проводится детям с рождения до подросткового возраста, если у них замедленное развитие, ограниченная самостоятельность и дееспособность, наблюдаются признаки наступления инвалидности или они уже являются инвалидами. Причины этого разнообразны: врожденное или приобретенное в раннем возрасте нарушение двигательной функции вследствие повреждений головного мозга или нарушения процесса развития, нарушения функций органов чувств, расстройство восприятия, нарушения в социальном развитии, аутизм и заторможенность, психические расстройства и душевные заболевания.

Главная цель — достижение максимально возможной самостоятельности ребенка в его действиях, например:

- улучшение двигательной функции, регуляции тонуса и координации;
- развитие и улучшение познавательных способностей таких, как концентрация и внимание;
- преобразование и интеграция информации, получаемой через органы чувств (сенсорная интеграция) и обеспечивающей организму отражение объективной реальности и ориентировку в окружающем мире;
- компенсация физических ограничений ребенка с помощью вспомогательных приспособлений.

**Неврология** занимается лечением заболеваний центральной нервной системы: инсульт, черепно-мозговые травмы, рассеянный склероз. Эрготерапия в качестве лечебного фактора в этой области включает такие мероприятия:

- торможение и ликвидация патологических движений и поз, улучшение координации, равновесия;
- преобразование восприятий и ощущений, получаемых через органы чувств (сенсорная интеграция);
- восстановление нейропсихологических функций: внимания, концентрации, наблюдательности, запоминания и памяти, узнавания предметов и восприятия пространства, времени и лиц;
- овладение компенсаторными механизмами в целях замещения потерянных или нарушенных функций;
- тренировка бытовых навыков для развития самостоятельности в плане самообслуживания, быту, профессиональной деятельности;
- подбор необходимых вспомогательных средств, разъяснение изменений, которые неизбежны в быту, трудовом окружении, а в случае необходимости изготовление и приспособление соответствующих вспомогательных средств.

В **ортопедии** эрготерапия назначается пациентам всех возрастных групп с патологическими симптомами в области ортопедии, травматологии и ревматологии. Это могут быть: врожденные аномалии туловища, рук и ног, заболевания позвоночника, воспалительные, дегенеративные заболевания суставов ревматической формы, повреждения костей, мышц, сухожилий, ампутации, опухоли костей, мышц, нервов.

Цель состоит в том, чтобы восстановить подвижность, укрепить мускулатуру, нормализовать ловкость, улучшить координацию обеих рук и отдельных пальцев. В процессе терапии пациент должен научиться использовать свои силы и компенсировать их дефицит путем изменения своего поведения и с помощью физического труда. Используются специальные вспомогательные средства: шины, лангеты.

Лечение методом эрготерапии в этой области включает:

- упражнения на развитие подвижности, мышечной активности, выносливости, силы и улучшение чувствительности;
- тренировка бытовых навыков в целях сохранения индивидуальной самостоятельности и самообслуживания в области личной гигиены, в быту, на работе;
- тренировка по поддержанию подвижности суставов;
- адаптация к ампутационной культуре и тренировка хождения на протезах;
- изготовление специальных шин;
- консультирование и изготовление соответствующих вспомогательных средств, а также изменение бытового и трудового окружения, подбор вспомогательных приспособлений.

Эрготерапия в **психиатрии** охватывает пациентов всех возрастных групп с психиатрическими, неврологическими и психосоматическими расстройствами, а также с наркотическими заболеваниями: нарушения в развитии личности и поведении, депрессии, шизофрении, нарушения в питании, аффективные расстройства, деменциальные синдромы, расстройства при алкоголизме, наркомании, токсикомании, азарте.

Основными целями эрготерапии в психиатрии являются развитие, улучшение и сохранение:

- основных психических функций — энергичность, мотивация, выдержка, упорство, выносливость, гибкость и умение самостоятельно планировать свой режим дня;
- способности к адекватной обработке восприятий и ощущений;
- соотношение с реальностью восприятия самого себя и окружающих;
- поведения в соответствии с ситуацией, социально-эмоциональных способностей и способности к общению;
- познавательных функций;
- психической стабильности и уверенности в себе;
- самостоятельного образа жизни и общей работоспособности.

Принципиально имеют значение три метода функционального лечения: трудовой процесс, общение и творчество. Такое лечение назначается при психических расстройствах, чтобы помочь человеку справиться с каким-то горем или тяжелым заболеванием и научить его жить с этим.

Эрготерапия применяется в различных учреждениях:

- в клиниках и больницах — в области ортопедии, травматологии, ревматологии, неврологии, гериатрии, педиатрии, психиатрии и психосоматике;
- в учреждениях для детей-инвалидов — специальные школы, детские сады, детские дома, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации;
- в гериатрических заведениях - дома-больницы для престарелых, дневные клиники;
- в учреждениях социальной, медицинской и профессиональной реабилитации, в мастерских для инвалидов;
- в социальных медпунктах и при выездном лечении на дому.

#### Авторы:

*Малькевич Инна Викторовна, эрготерапевт, инструктор ЛФК детского дома №3 для детей с особенностями психофизического развития;*

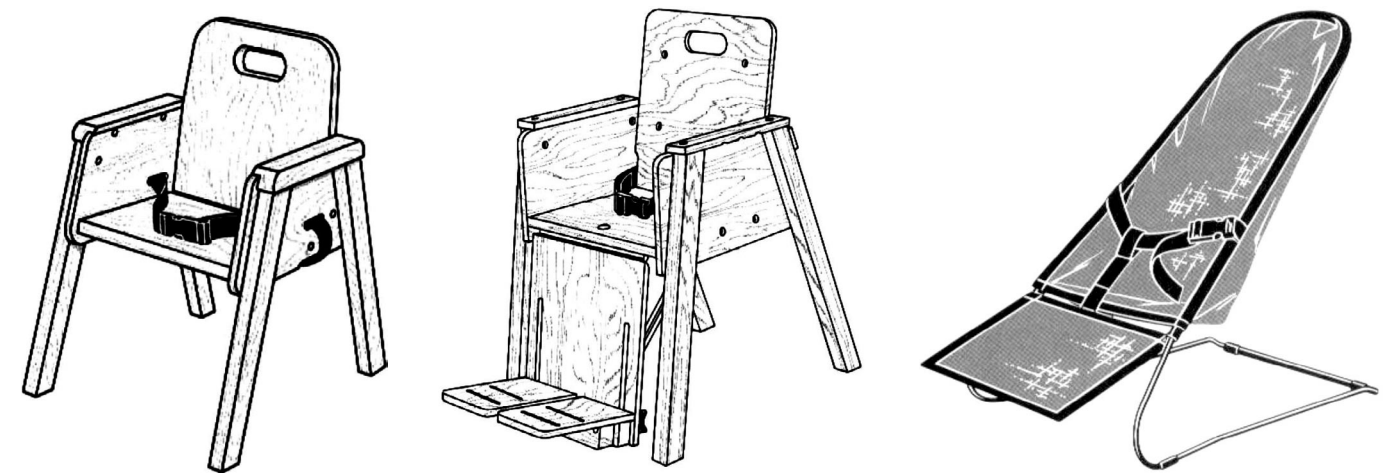
*Куксик Ирина Петровна, эрготерапевт, учитель-дефектолог ГУО «Минский городской центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации».*

#### Различные возможности посадки ребенка



Рассмотрим некоторые модели стульев подробнее.

**Стул-мешок.** Подходит для ребенка с тяжелыми множественными нарушениями, он наполнен шариками полистирола и кусочками поролонами. Чехол шит из ткани, которую легко стирать. На дне мешка пришита застежка-молния. Стулу можно придать любую форму, обеспечивая ребенку дополнительную поддержку, когда это необходимо. При этом не требуются дополнительные ремни-фиксаторы. Для детей с тяжелыми ограничениями, которым трудно вытягивать руки вперед, может оказаться полезным положение лежа на боку в таком стуле. Стулья-мешки очень удобны, функциональны, практичны. Однако следует помнить, что пользоваться таким стулом можно недолго. Он также не рекомендуется для детей с атонически-астатической формой ДЦП. **Использовать такой стул можно только в случае тяжелых нарушений и только на короткое время.**



**Детское автомобильное кресло.** Оно предназначено для детей, которые плохо или вообще не удерживают голову и не сохраняют равновесие в положении сидя. Кресло должно подходить ребенку по размеру и защищать его, ремни безопасности должны легко регулироваться и хорошо фиксировать туловище. Покупая кресло, очень важно точно подобрать размер, т.е. оно должно быть рассчитано на вес вашего ребенка, а не на возраст. Автомобильное кресло можно крепить к спинке обычного стула. Не рекомендуется использовать его для ребенка, который заваливается на один бок или, отталкиваясь ногами, постоянно отклоняется назад, несмотря на ремни безопасности.

**Угловой напольный стул.** Это вполне удобный стул для детей со спастикой и для детей с гиперкинезами с тенденцией выпрямлять ноги при поднятии рук. Лучше всего он подходит для игр и занятий на полу. Боковые стенки стабильно ограничивают пространство, препятствуя падению, а съемный абдуктор позволяет удерживать ноги в разведенном положении.

Однако не всегда вы сможете быстро подобрать и приобрести подходящий вашему ребенку стул. Придать правильное положение сидя бывает очень сложно. Проявите фантазию и изготовьте индивидуальное приспособление для сидения, используя некоторые идеи:

- перевернутая вверх ножками табуретка, с установленным в центре горшком, - прекрасное сиденье для самостоятельного отправления естественных потребностей;
- тазик, наполненный фасолью или рисом, можно использовать для кормления или тактильных игр. Посадив ребенка в такой импровизированный стул, придайте правильную симметричную позу и играйте в сенсорные игры с наполнителем;
- перевернутое ведро с вырезанными отверстиями для ног прикрепляют к обычному стулу. Усадив в него ребенка, можете не беспокоиться - он не упадет и ноги будут в правильном разведенном положении.



- обеспечивать ребенку стабильную опору в положении сидя;
- легко регулироваться;
- не препятствовать ребенку осваивать навык сидения самостоятельно.

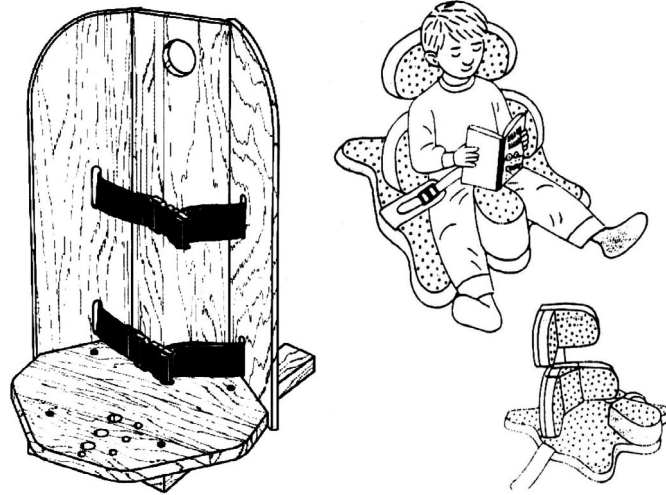
Следует иметь в виду, что неподвижные приспособления для сидения, необходимо использовать во время приема пищи, реже - на занятиях. В промежутках между приемами пищи необходимо предоставлять ребенку как можно больше времени и возможностей для активных движений. Если ребенка с тяжелыми нарушениями в целях безопасности все время держать в специальном стульчике, то в дальнейшем он сможет сидеть только с такой же максимальной поддержкой. Очевидно, что ребенок, который неподвижен в течение нескольких часов, не только не научится хорошо двигаться, но у него могут возникнуть деформации костей и контрактуры суставов. Прежде чем остановить свой выбор на определенной модели, подумайте, в каких случаях ребенок будет пользоваться стулом. Обязательно понадобится высокий стул для приема пищи, для одевания или раздевания, игр и занятий.

Многие дети, опираясь на руки, могут самостоятельно сидеть во время просмотра телевизора или чтения. Однако у них недостаточно развито равновесие для деятельности, требующей использования обеих рук, например для еды или одевания. Для такого ребенка, который будет самостоятельно одеваться или раздеваться, наиболее подходящими являются низкий треугольный табурет, скамейка, поставленная в углу или низкий стул с подлокотниками. Такие модели стульев обеспечивают ребенку большую площадь для самостоятельной поддержки, а, кроме того, он почувствует себя увереннее, имея хорошую опору для ног.

Ребенку, который не может сидеть на стуле из-за того, что его голова, плечи, руки и туловище отводятся назад, очень нужен контроль головы и плеч. Такой контроль обеспечивается дополнительными фиксирующими приспособлениями:

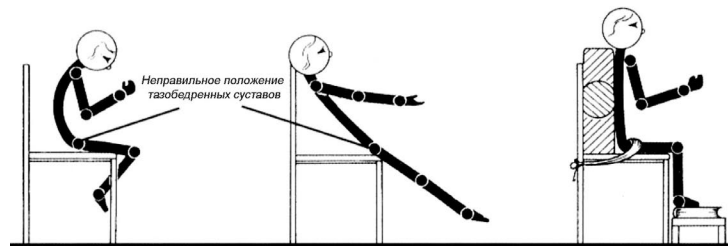
ремнями, полотенцем, широкими эластичными лентами. Если ребенок постоянно заваливается на один бок, ему нужна поддержка в двух направлениях. Для того чтобы помочь ему сидеть ровно, наблюдайте, на какой бок он переносит свой вес, и почувствуйте, под какой рукой вы ощущаете большее давление вниз. Скорректировать положение помогут мешочки с песком или подушки для сидения. Подушку

можно изготовить самому. Для этого необходимо сшить наволочку по индивидуальным размерам и наполнить ее кусочками жесткого поролона пирамидальной формы. Такие подушки, подложенные под ягодицы или прикрепленные к стулу, позволяют придать симметричную позу, не стесняя движения рук и торса ребенка.



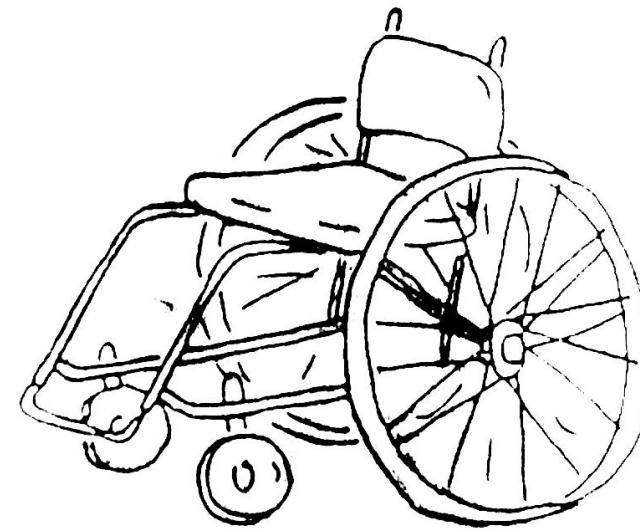
#### Основные требования к детскому стулу

- стул должен давать возможность ребенку хорошо и свободно управлять головой и туловищем, удерживать и сохранять равновесие; позволять свободно двигать ногами и плечами, благодаря чему он сможет вытягивать руки вперед и заниматься;
- ребенок должен сидеть так, чтобы нижняя часть позвоночника соприкасалась со спинкой стула;
- ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах (примерно на 90 градусов);
- ступни должны стоять ровно на полу или подножке;
- положение полулежачего — это не посадка, к такой позе можно прибегать только как к временному средству и только на короткое время;
- стул должен способствовать подавлению патологических двигательных образцов;
- правильно подобранный стул позволяет избежать асимметрии тела ребенка;
- стул должен улучшать социальное взаимодействие.
- стул должен иметь дополнительные съемные приспособления: регулируемую подножку, фиксатор головы, ступней, таза, фиксирующие нагрудно-плечевые ремни, абдуктор (приспособление для разведения ног). Однако использовать эти приспособления следует индивидуально.



## КАК ПРАВИЛЬНО ПОДОБРАТЬ КОЛЯСКУ ДЛЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ



Рано или поздно перед родителями, воспитывающими ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, встает вопрос о приобретении детской коляски. Прежде всего, в этом случае следует определиться, какой тип коляски вам необходим: коляска для самостоятельного передвижения ребенка или коляска для его транспортировки. Безусловно, это разные вещи, требующие отдельного рассмотрения. Однако в любом случае, выбирая коляску, учитывайте трудности, которые испытывает ребенок, сидя в ней. Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходима такая коляска, в которой он может и должен чувствовать себя комфортно, активно, безопасно.

**1. Коляски для транспортировки детей.** Такая коляска с небольшими колесами предполагает пассивное передвижение, т.е. ребенок передвигается не самостоятельно, а с помощью помощника, сопровождающего лица. Такая коляска - это порой единственная возможность для маленького человека познавать окружающий мир, получать новые ощущения, общаться, чувствовать себя комфортно как дома, так и на прогулке. Модели на литых шинах предполагают передвижение на ровных, твердых поверхностях и применяются в помещениях. Модели на пневматических шинах более удобны для передвижения по улице, так как амортизируют небольшие неровности, со временем требуют замены и подкачки. Многие модели имеют складную раму, что удобно для хранения и при транспортировке как в общественном, так и личном транспорте.

**2. Коляски активного типа,** т.е. для самостоятельного передвижения, изготовлены из сверхлегких материалов, выдерживают экстремальные нагрузки - ежедневные спуски по лестницам, неровности городских дорог, преодоление небольших препятствий.

Такие инвалидные коляски, наоборот, имеют большие колеса и позволяют людям с частичной потерей функций опорно-двигательного аппарата быстро и легко передвигаться и даже заниматься некоторыми видами спорта, создавая ощущение полноценной жизни. Данный способ перемещения называют ручным или «ручным приводом». Передвижение происходит посредством вращения колес, которое осуществляет ребенок. Безусловно, такой способ передвижения доступен не каждому. Требуются достаточная сила мышц, ловкость рук, координация, равновесие и умственные способности для осуществления безопасного самостоятельного передвижения.

**3. Коляски и каталки с автоматическим (электрическим) приводом.** Коляски с электроприводом позволяют быстро и комфортно передвигаться. Однако определенные сложности эксплуатации и высокая стоимость не позволяют таким коляскам стать популярными в Республике Беларусь. Современной разновидностью инвалидных кресел-колясок с электрическим приводом является скутер. По внешнему виду он похож на обычный мотороллер.

Определившись с типом коляски, обратите внимание на правила подбора. Прежде всего, необходимо учитывать анатомические особенности ребенка и факторы окружающей среды. Необходимо провести замеры ребенка в 6 основных позициях: ширина сиденья; глубина сиденья; длина ног; высота сиденья; высота предплечий; высота спинки. Правильный подбор позволит: обеспечить распределение массы ребенка на возможно более широкой поверхности; облегчить перемещение и предупредить соприкосновение и трение участков тела о боковые стенки; установив оптимальную ширину кресла-коляски, можно свести к минимуму проблему перемещения в дверях, ванной комнате и других ограниченных пространствах. Плохо подобранное кресло-коляска может стать причиной травм, вторичной деформации и вынужденной недееспособности, а также других осложнений, которые носят необратимый характер.

Кроме того, следует учитывать некоторые важные моменты:

- возраст и физические возможности пользователя;
- рост и вес;



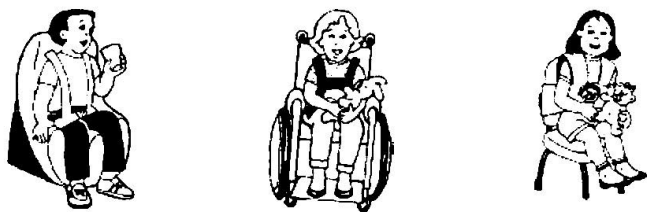
- вид ограничения;
- стабильность в положении сидя;
- цель использования коляски;
- степень активности пользователя;
- постоянное или временное использование вспомогательного средства;
- безопасность;
- эстетические данные.

#### Технические характеристики коляски

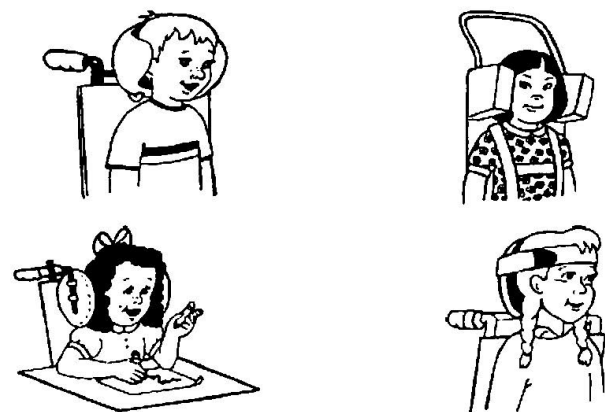
- Прочная, регулируемый угол наклона, спинка сиденья (фанерная основа со слоем поролона, покрытого моющейся, практичной тканью). Обратите внимание на угол наклона: не слишком ли поднято сиденье спереди, что заставляет ребенка чрезмерно сгибать ноги в тазобедренных суставах. Оптимальный угол наклона спинки во время бодрствования — 100-120 градусов.
- Надежное и прочное сиденье. Дополнительно можно использовать противопролежневую подушку, изготовленную из маленьких кусочков поролона, которая поможет избежать соскальзывания вниз; ширина сиденья должна быть узкой, но удобной; следует учитывать зимнюю одежду. При измерении действует правило кулака: в позе сидя расстояние между бедром и стенкой коляски равно ширине кулака.
- Глубина сиденья: должна обеспечивать расслабление благодаря удобному размещению бедра и, следовательно, быть как можно большей. При подборе действует правило: расстояние между подколенной впадиной и передним краем поверхности сиденья равно толщине двух пальцев.
- Высота сиденья: регулируется в соответствии с длиной голени.
- Регулируемая подставка для ног должна быть по возможности съёмной; ширина подставки - соответствовать длине ступни. Если для ребенка характерно отталкивание назад, когда ступни касаются твердой поверхности, то следует обходиться без подставки до тех пор, пока он не перестанет отталкиваться. Оптимальное положение стопы и голени - 90 градусов. Пресловутое «пристегивание» стоп с помощью ремней-фиксаторов к подставке стула или коляски означает, что стопы зафиксированы в положении коррекции, т.е., проще говоря, «ребенок сидит - лечение идет». Это и есть лечение положением. Обратите внимание, действительно ли стопы находятся в физиологически нормальном положении?  
Если подставка для ног расположена слишком высоко, ребенок будет упираться в нее ногами, что повлечет за собой запрокидывание головы и отведение плеч назад, выпрямление и скрещивание ног, из-за чего он может соскользнуть вперед. Если подставка для ног расположена слишком низко, ребенок сможет касаться ее только кончиками пальцев, а это заставит его вытягивать ноги в тазобедренных и коленных суставах.

- Применение абдуктора оправданно, если ступни, бедра и колени ребенка чрезмерно повернуты вовнутрь и формируется перекрест. Абдуктор изготавливают из плотного материала, но сверху необходим поролоновый чехол, который препятствует надавливанию на бедра ребенка. Обратите внимание на место крепления абдуктора — он не должен касаться половых органов.
- Применение фиксирующих паховых ремней: если ребенок не удерживает равновесие в положении сидя, необходимы паховые ремни, помогающие стабилизировать таз. Ремень протягивают по передней поверхности таза над тазобедренными суставами под углом 45 градусов спереди назад и закрепляют под сиденьем. Если ремни завязаны слишком высоко или слишком туго, это может вызвать у ребенка спазмы в мышцах бедра, из-за чего он будет «заваливаться» вперед.
- Жилет безопасности или нагрудный ремень помогают удерживать ровно голову и туловище ребенка, который в положении сидя «заваливается» вперед.
- Боковые опоры стабилизируют положение таза и удерживают туловище ровно по средней линии, что придает ребенку дополнительную уверенность.
- Перекладина — очень полезное приспособление для коляски. Держаться за нее ребенок может сразу, как только научится захватывать предметы. Перекладина позволяет ему чувствовать себя уверенно и устойчиво, сидеть с минимальной поддержкой.
- Подвижные ручки: по возможности регулируемые по высоте для удобства людей, осуществляющих уход.

Различные типы ремневых креплений



Различные типы подголовников



#### Список литературы

1. Калмет Ю. Жилая среда для инвалида. - М. 1990.
2. Материалы 6-го конгресса ERGO 2000. Париж. 2000.
3. Материалы 6-й конференции ENOTHE. Париж. 2000.
4. Материалы обучающего курса по эрготерапии. - Билефельд. 2004.
5. Нэнси Р. Финни. Уход за ребенком с церебральным параличом: Кн. для родителей/Пер. с англ. И.Титова, М.Володькин. - Мн.: Минсктиппроект, 2003
6. Оккупационная терапия для детей с ограниченными возможностями. Методические рекомендации. Социально-технический институт. - М. 2002.
7. Паркер Тая.Л., Терри Круп. Оккупационная терапия. Публикация российско-канадского проекта сотрудничества в области здравоохранения и социального развития. - М. 2000.
8. Ренате Хольц. Помощь детям с церебральным параличом. Изд. 2-е, стер./ Пер. с нем. А.Н.Неговориной; Под ред. и с предисловием Е.В.Клочковой. - М.: Теревинф, 2007.
9. Хельмут Кнупфер. Фридрих Вильгельм Ратке. Как помочь ребенку, больному церебральным параличом: Руководство для родителей, педагогов и физиотерапевтов/Пер. с нем. Г.Шипицина. - Марбург-типография Карл Вагнер, 1994.

**Добро пожаловать в базу данных InfoDisability (www.infoDisability.org)**

Добро пожаловать на сайт информационных ресурсов по вопросам помощи детям с нарушениями развития и их семьям.

Здесь вы сможете найти подробную информацию о книгах, статьях, журналах, видео-, аудиоматериалах, которые созданы в Беларуси, России, Украине.

Сайт создан для родителей и других близких, воспитывающих ребенка с нарушениями развития, специалистов, оказывающих помощь таким детям, преподавателей и студентов профильных ВУЗов, а также для всех, кто интересуется данной проблемой.

## КАК ВЫБРАТЬ СТУЛ ДЛЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ



**З**доровый ребенок свободно сидит к 8-10 месяцам жизни. Прямая осанка в положении сидя является предпосылкой для многих функций, особенно для свободных целенаправленных действий. Многие дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата не всегда к этому возрасту могут самостоятельно сидеть. Иногда не остается ничего другого, как поддержать прямую осанку пассивно, используя стул или специальное кресло.

Выбор специального стульчика для ребенка, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, сопровождается определенными трудностями: материалы, размеры, особенности конструкции, функциональность, безопасность, удобство, эстетика - это параметры, которые учитываются в первую очередь. Но не стоит забывать, что выбор приспособления для сидения, прежде всего зависит от конкретных проблем ребенка и его двигательных возможностей, поскольку каждая модель обеспечивает определенную степень поддержки. Только путем внимательного наблюдения и анализа можно правильно подобрать детский стул.

На основании многочисленных клинических наблюдений и исследований разработаны основные требования к универсальным детским сиденьям и стульчикам. Они должны: