# СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Социально-реабилитационная деятельность

2. Основы ранней реабилитации детей с отклонениями в развитии

3. Основные направления реабилитации детей с отклонениями в развитии

3.1 Медицинская реабилитация детей с нарушениями в развитии

3.2 Психолого-педагогическая реабилитация детей с нарушениями в развитии в системе образования

3.3 Физкультурно-оздоровительная реабилитация детей с отклонениями в развитии

Заключение

Библиография

#

# Введение

В последнее десятилетие XX века в России актуализировалась проблема социально-педагогической реабилитации[[1]](#footnote-1) подростков с ограниченными возможностями физического здоровья в связи с гуманистическими позициями педагогической науки и практики. Изменение экономического, политического, нравственного, духовного, религиозного уровней общества, прогресс здравоохранения, науки и культуры вызвал повышенное внимание к детям с отклонениями в развитии. Ранее подростки этой категории нередко были исключены из общественной жизни, находились в системе закрытых спецучреждений, не могли в полной мере реализовать свои права на образование, воспитание, проведение досуга, получение услуг в сфере обслуживания и т.п. Современная социальная политика государства, российские законодательные акты в отношении детей с отклонениями в развитии приближаются к международным стандартам, призывающим создать оптимальные условия для их интеграции в общество, предоставить равные возможности для обучения, получения информации, социального обслуживания и дальнейшего трудоустройства.

Реабилитация - это не только лечение и улучшение состояния здоровья, а процесс, направленный на достижение человеком максимальной самостоятельности и готовности к независимой и равноправной жизни в обществе. Целью реабилитации является формирование наибольшей работоспособности, самодеятельности и самостоятельности человека. Реабилитация начинается не с момента установления ребенку статуса «инвалид», а с момента выявления потребности в реабилитации. Реабилитационная деятельность опирается на следующие принципы организации услуг: индивидуальности, комплексности, непрерывности, оперативности и доступности.

Процесс реабилитации - это сложное и многогранное явление, поскольку полноценное возвращение в социум происходит через медицинскую реабилитацию (лечение недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическую реабилитацию (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов), педагогическую реабилитацию (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств). Реабилитация - это своего рода итог всей коррекционно-педагогической деятельности.

Чтобы преодолеть негативные тенденции в подготовке названной категории детей к интеграции в общество, требуется разработка новых теоретических подходов к их обучению, воспитанию и организации всей жизнедеятельности, вытекающих из глубокого анализа современных проблем специального образования как в России, так и за рубежом.

# Социально-реабилитационная деятельность

Важное место в комплексе названных составляющих компонентов подготовки детей-инвалидов к интеграции в социальную среду занимают вопросы их социальной реабилитации.

Социально-реабилитационная деятельность - сравнительно новая область профессиональной деятельности, возникшая как одно из направлений в системе комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии. Основная ее задача - обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе.[[2]](#footnote-2)

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием его личности, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка на всех возрастных этапах. Названные закономерности изучает психология. Следовательно, психология по отношению к социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями выступает как дисциплина, составляющая ее научную основу. Без учета закономерностей психического и личностного развития ребенка социально-реабилитационная деятельность будет представлять лишь свод правил и приемов, лишенных конкретного содержания.

Курс «Социальная реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы» возник на стыке смежных наук: общей психологии, социальной психологии, возрастной и педагогической психологии, специальной психологии и коррекционной педагогики. Он имеет свой предмет, объект и методы исследования, позволяющие получать объективную научную информацию о ребенке, включенном в социально-реабилитационный процесс.

Теоретической основой курса являются положения общепсихологической теории, разработанные такими учеными, как: Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, М.Я. Басов, П.Я. Гальперин, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, а также работы Л.И. Божович, В.С. Мухиной и других, изучавших личность ребенка и ее формирование в детском возрасте. Все проблемы, включенные в настоящий курс, рассматриваются с позиций единства деятельностного и личностного подходов, сформировавшихся в отечественной психологии[[3]](#footnote-3).

Деятельностный подход в социальной реабилитации предполагает развитие и коррекцию ребенка с ограниченными возможностями только в процессе деятельности посредством специального обучения, в ходе которого ребенок овладевает психологическими средствами, позволяющими ему осуществлять контроль и управление своей внутренней и внешней активностью. Согласно С.Л. Рубинштейну, деятельность определяется самим объектом, но не прямо, а через «внутренние» закономерности, то есть внешнее воздействие дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние человека, через сложившийся у него строй мыслей и чувств. В качестве системы внутренних условий выступает личность с ее сложной многоуровневой структурой.

Личностный подход ориентирует специалиста по социальной реабилитации на работу с конкретным ребенком с его проблемами и особенностями, обусловленными ограниченными возможностями жизнедеятельности, на развитие его как личности, устойчивой к социальным невзгодам. Благодаря такому подходу ребенок постепенно становится хозяином собственного «Я», субъектом деятельности и общения, получает возможность направлять свои усилия на саморазвитие и самореализацию. Чтобы достичь цели социальной реабилитации, необходимо сформировать личность ребенка как субъекта деятельности и общения.

Названные подходы, рассматриваемые в единстве, определяют роль специалиста по социальной реабилитации в общей системе воспитания ребенка. Его задача состоит в том, чтобы, используя различные подходы, обеспечить в процессе различных видов деятельности и общения создание внутренних и внешних условий для продвижения ребенка с ограниченными возможностями в личностном развитии.

# Основы ранней реабилитации детей с отклонениями в развитии

В основе ранней реабилитации детей [[4]](#footnote-4)с различными отклонениями в умственном развитии лежит своевременная и адекватная диагностика интеллектуальных нарушений. Выявление этих отклонений связано с определенными трудностями, так как интеллектуальное развитие ребенка представляет собой созревание множества разнообразных функций, находящихся в сложном единстве. Отклонения в интеллектуальном развитии могут являться следствием поражения любой функции, определяющей интеллектуальную деятельность ребенка и ее своеобразие.

При диагностике отклонений в умственном развитии ребенка за основу должны быть взяты нормативы нервно-психического развития здоровых детей. Различные отклонения в развитии ребенка сопровождают нарушения в состоянии здоровья и корригируются одновременно с лечением психоневрологической недостаточности. Результаты тестирования используются для контроля эффективности лечения и раннего педагогического вмешательства, они позволяют определить степень сложности индивидуальной программы реабилитации, а также раскрыть основную причину задержки в развитии ребенка. Сравнение уровня развития ребенка-инвалида с возрастными стандартами преследует далеко не главную цель. Важно показать не степень его отставания от здоровых сверстников, а отметить достигнутые успехи в тот или иной отрезок времени. Основная цель диагностики заключается в том, чтобы определить палитру различных видов деятельности, которыми может заниматься ребенок, имея те или иные нарушения жизнедеятельности и страдающий различными видами социальной недостаточности.

Возрастные нормативы нервно-психического развития могут помочь определить сильные и слабые стороны в развитии ребенка и тем самым выделить приоритетные направления в реабилитационной работе. Диагностируя уровень нервно-психического развития ребенка с различными ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью, необходимо иметь в виду, что у всех детей важные жизненные навыки формируются по тождественной схеме и нередко с похожей последовательностью, даже если из-за интеллектуальных нарушений некоторые дети овладевают ими очень медленно. В результате тестирования выясняется, какие практические умения, и в какой последовательности формировались.

Правильно проведенная диагностика достигнутого уровня позволяет определить успехи в обучении ребенка, контролировать правильность выбора приоритетов в индивидуальной программе реабилитации, вносить коррекцию в методику занятий с ребенком.

Программы ранней реабилитации, используемые за рубежом и в лучших отечественных научно-методических и лечебных учреждениях, предполагают в первую очередь обучить ребенка жизненно важным навыкам, которые обычно формируются у детей в раннем возрасте.

Ребенок с отклонениями в интеллектуальном развитии обучается очень медленно. Для того чтобы он в меру своих возможностей развивался и осваивал необходимые навыки, следует иметь реалистичную, индивидуальную программу педагогической реабилитации ребенка-инвалида. Приступая к созданию такой программы, надо оценить три взаимосвязанные проблемы:

- конечную цель всей реабилитационной программы, или перечень навыков и умений, которыми ребенок должен в итоге овладеть;

- уровень актуального развития малыша и объем его социальной недостаточности;

- время и средства, имеющиеся для реализации поставленной цели.

Необходимо иметь в виду, что нельзя копировать ни один подход к реабилитации. В каждом конкретном случае следует определить потребности ребенка и, исходя из этого, адаптировать методы реабилитации каждого инвалида к его ограничениям и возможностям.

Составляя программу реабилитации детей с отклонениями в интеллектуальном развитии, необходимо иметь в виду, что чем раньше начнется реабилитационный процесс, тем больше надежд на достижение социально значимых результатов. Цель реабилитационной программы должна учитывать реальные возможности ребенка. Любые крайности будут разочаровывать и родителей, и специалистов, работающих с малышом. Определив цель реабилитации, необходимо сформулировать перечень задач, которые будут ориентиром на выбор направлений работы, они помогут спланировать основные занятия с ребенком, а также рационально использовать различные бытовые и режимные ситуации для повторения или закрепления отдельных достижений ребенка.

Ребенок продвигается вперед во многих сферах развития почти одновременно, поэтому ему надо помогать сразу по нескольким линиям развития. Для этого надо выбрать те упражнения, которые помогут ему лучше освоить то, что он уже умеет, а затем перейти к следующему этапу реабилитации. Обучение новым навыкам и умениям надо проводить постепенно, малыми этапами.

Первое, с чего надо начинать - это научить ребенка поднимать голову, когда он лежит или сидит на руках. С первых месяцев жизни надо правильно носить ребенка, помогая ему хорошо владеть головой в различных положениях и побуждая его интересоваться окружающей обстановкой.[[5]](#footnote-5)

Когда малыш освоит движения головой, его надо научить переворачиваться. Для этого ребенка, страдающего различными задержками в развитии, обучают поднимать плечи и тело. Все это целесообразно осуществлять в процессе примитивных игр, а также во время ухода за ребенком. Малыша побуждают следить за игрушками, тянуться за ними, принимать различные положения и т.д. В том случае, когда многочисленные попытки «заставить» ребенка поднимать плечи и затем переворачиваться не приносят желаемого результата, ему осторожно помогают переворачиваться на бок, не оставляя при этом попыток сделать все это лишь с помощью игрушки.

На этом этапе реабилитации, да и при решении других реабилитационных задач, надо неукоснительно следовать «золотому правилу»: помогать ребенку нужно лишь столько, сколько ему необходимо, надо побуждать ребенка большее число упражнений выполнять самостоятельно.

Эти общие рекомендации не исключают значительного числа самых разных особенностей, учитывающих индивидуальность малыша, его возможности, степень сохранности интеллекта и многое другое. Например, если не удается научить ребенка переворачиваться после долгих специальных занятий, можно достичь хорошего результата, приподняв ножку малыша и помогая ему таким образом освоить этот сложный двигательный акт. А затем должны следовать длительные и упорные тренировки, закрепляющие полученный результат. Если малыш страдает спастическим напряжением мышц, нужно сначала помочь ему расслабиться, например, покачивая его ножки взад и вперед, либо, свернув его «клубочком», медленно раскачивать ноги из стороны в сторону. Таких приемов существует довольно много. Можно попробовать, держа ребенка на коленях, поворачивать туловище в разные стороны.

Следующим этапом реабилитации детей с отклонениями в интеллектуальном развитии является развитие у них хватательного навыка, умения тянуться к предметам и координировать взаимодействие двигательного и зрительного анализаторов.

Обучая ребенка различным навыкам, необходимо иметь в виду, как минимум, два обстоятельства.

Во-первых, у детей с трудностями в обучении можно сформировать большинство из тех навыков и умений, которыми владеют здоровые дети, если вовремя приступить к регулярным и хорошо продуманным занятиям.

Во-вторых, развитие различных функциональных систем мозга происходит гетерохронно. Они последовательно проходят стадии созревания и поэтому в каждый конкретный момент онтогенетического развития зрелость мозга мозаична: различные функционально-структурные звенья этих систем находятся на разных стадиях своего развития. В постнатальном онтогенезе каждая функциональная система имеет индивидуальный алгоритм развития.

Эти два обстоятельства необходимо учитывать при осуществлении самых различных реабилитационных мероприятий.

К важнейшим этапам ранней помощи детям, имеющим отклонения в интеллектуальном развитии, относятся занятия по развитию навыков владения телом, координации движения, чувства равновесия и умения сидеть.[[6]](#footnote-6) Принципы занятий заключаются в следующем:

1) прежде, чем ребенок начнет подниматься, его необходимо научить держать голову, поднимать и поворачивать ее;

2) малыш будет хорошо сидеть только тогда, когда он научится удерживать корпус в вертикальном положении, опираясь руками и балансируя, чтобы не упасть;

3) следует учить ребенка удерживать равновесие;

4) каждый раз, когда малышу удается выполнить какое-либо упражнение, его следует похвалить и приласкать;

5) постепенно надо сокращать объем помощи ребенку в овладении тем или иным навыком, добиваясь, чтобы он все делал самостоятельно;

6) отрабатывая с ребенком тот или иной навык, следует широко использовать современные реабилитационные пособия и тренажеры;

7) постоянно вырабатывать у ребенка чувство опасности и осторожности;

8) навыки владения телом лучше всего отрабатывать, когда взрослый (лучше, когда это делает мать) держит ребенка на животе или на коленях.

Круг упражнений по развитию навыков владения телом, координации движений, чувства равновесия и умения сидеть достаточно широк, и они могут быть индивидуализированы и построены в виде интересных игр.

Следующим этапом реабилитации является обучение детей умению ползать. Многие дети начинают самостоятельно передвигаться, сначала ползая на животе, и только после этого встают на четвереньки или перемещаются сидя на ягодицах. Однако ряд детей как бы перескакивают через этот этап двигательного развития. Минуя ползание, они после того, как овладевают умением хорошо сидеть, начинают вставать и ходить. Последовательность освоения этих навыков зависит от ряда причин, однако основную роль здесь играют подготовительная работа с ребенком и особенности условий его воспитания.

Ползать на животе обычно учат следующими способами: перед ребенком кладут игрушку и побуждают малыша дотянуться, достать ее руками. Если малыш не в состоянии подтянуть вперед ногу, чтобы ползти, ему помогают, приподнимая ногу. Ребенку, страдающему детским церебральным параличом, напротив, не всегда целесообразно подставлять опору для стоп, так как этот прием может вызвать нежелательное напряжение мышц и рефлекторное выпрямление ног.

В том случае, когда обучение ползанию дается с трудом, рекомендуется предварительная подготовка ребенка к этому двигательному навыку. С этой целью малыша «катают» на колене, обучая его перемещать тело из одной стороны в другую. Это должно происходить «незаметно» для ребенка. Такого рода упражнения можно разнообразить: положив малыша на большой мяч или валик, его тело раскачивают вперед и назад, заставляя держать руки вытянутыми вниз и выпрямленными в локтевых суставах. Аналогичное упражнение можно проводить, уложив ребенка на вытянутую ногу сидящего на полу взрослого и побуждая его ползти вперед, поочередно отрывая от пола то одну руку, то другую.

Малыш может осваивать приемы ползания, если кто-либо из взрослых держит его с помощью полотенца, обернутого вокруг тела. Таким образом, ребенку дают возможность реально почувствовать, как взрослый перемещает центр тяжести его тела с одной руки и ноги, касающихся пола, на другую сторону тела. Ребенка можно подвесить над полом таким образом, чтобы он опирался на ноги, а передвигался с помощью рук. Здесь необходимы и новые игрушки и интересные игры, побуждающие малыша делать то или иное упражнение.

Научить ребенка ходить можно лишь в том случае, если он научился удерживать равновесие и хорошо чувствовать центр тяжести своего тела. Однако подготовка к самостоятельной ходьбе должна осуществляться на всех этапах двигательного развития ребенка. Существует много приемов, облегчающих обучение инвалида стоять, ходить, координировать движения и сохранять равновесие.

Для укрепления ног малыша «заставляют» шагать на месте, поддерживая его за туловище. Однако это, да и некоторые другие упражнения у детей, страдающих спастическими параличами, могут спровоцировать излишнее напряжение мышц и последующую тугоподвижность суставов. Ребенка ставят на ноги и осторожно раскачивают из стороны в сторону, давая ему почувствовать как при этом перемещается центр тяжести тела. Ребенка, страдающего детским церебральным параличом, поддерживают при стоянии за плечи и одновременно ногой. Ребенок может самостоятельно тренироваться вставать, если ему дать возможность держаться за толстую веревку, лестницу, поручни и т.п. Когда он научится стоять, можно подстраховывать его от падения, обвязав полотенцем вокруг груди. Однако в этом случае нельзя давать малышу возможность висеть на такой поддержке. Для развития чувства равновесия и улучшения координации движений нужно играть с ребенком, поддерживая его сзади руками. Осторожно обхватив малыша под мышки, можно раскачивать его из стороны в сторону, наклоняя вперед и назад. Как только он научится сохранять равновесие самостоятельно, нужно переходить к незаметной страховке падений, давая малышу возможность свободно стоять, раскачиваться на месте или передвигаться, опираясь на какие-либо предметы.

Равновесие и координация движений улучшаются после занятий на различных тренажерных устройствах. С этой целью можно соорудить специальные качели, ходунки, ручные тележки и т.п.

В последнее время обсуждается эффективность использования в детской реабилитологии мануальной терапии. Она часто применяется при коррекции статокинетических нарушений, возникающих при детском церебральном параличе.

Такая мануальная подготовка, связанная со значительной релаксацией мышц-синергистов, приводит к более быстрому освоению различных двигательных навыков, что в свою очередь облегчает общение ребенка с окружающими его людьми.

Раннее педагогическое вмешательство[[7]](#footnote-7) должно происходить в виде различных игр. Современные психологические исследования показывают, что умственные способности начинают складываться очень рано и формируются они не сами собой, а под влиянием окружающей обстановки, по мере расширения деятельности ребенка. При осуществлении простейших манипуляций и обучении элементарным навыкам самообслуживания малыш получает множество новых впечатлений, он практически знакомится со свойствами предметов - их формой, величиной, массой, твердостью. Ребенок лучше всего занимается со взрослым, если воспринимает обучение как забаву или игру. Для того чтобы игры носили развивающий характер, не утомляли ребенка, необходимо руководствоваться следующими принципами:

- нельзя заниматься подолгу одними и теми же играми или упражнениями;

- необходимо стремиться разнообразить занятия с малышом интересными приемами, новыми игрушками и т.п.;

- игра, с одной стороны, должна быть достаточно трудной, чтобы малышу было интересно, а с другой - достаточно легкой, чтобы он видел результаты своей деятельности;

- не все игры надо планировать заранее, детей часто увлекает экспромт, различные приключения, неожиданность и т.п.;

- игры почти всегда важнее игрушек, так как в качестве последних можно использовать почти любые предметы;

- игрушки и пособия для игр можно делать вместе с детьми, посвящая их в «таинство» превращения одних предметов в другие;

- для стимулирования наблюдательности, расширения круга представлений ребенка, нужно широко использовать прогулки.

В процессе реабилитации ребенка с отклонениями в интеллектуальном развитии необходимо развивать у него любознательность, интерес к окружающему миру и одновременно обучать его действовать с предметами, играть, рисовать, конструировать.

Малыша надо научить заранее обдумывать свои действия и применять приобретенные знания и навыки в самых различных ситуациях.

Успех реабилитации во многом зависит от постоянного и пристального внимания специалистов, от глубины постижения нужд и интересов ребенка и изучения особенностей его развития. При этом реабилитационная помощь ребенку не должна никогда прерываться, ибо ее эффект может наступить «незаметно», а иногда и неожиданно.

# Основные направления реабилитации детей с отклонениями в развитии

К основным направлениям реабилитационной деятельности относятся медицинская реабилитация (лечение недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическая реабилитация (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов) и педагогическая реабилитация (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств).

##

## 3.1 Медицинская реабилитация детей с нарушениями в развитии

В системе здравоохранения комплексную медицинскую и психолого-педагогическую помощь дети с различными проблемами в развитии могут получать:

1. в амбулаторно-поликлинических условиях (в поликлиниках по месту жительства, в поликлиниках восстановительного лечения, в психоневрологических и врачебно-физкультурных диспансерах);
2. стационарно (в неврологических, психоневрологических, нейрохирургических, реабилитационных, восстановительных, офтальмологических, ЛОРотделениях и отделениях патологии речи и нейрореабилитации в составе лечебно-профилактических учреждений; в специализированных реабилитационных центрах, НИИ, клиниках; в домах ребенка для детей-сирот);
3. на дому.

В программу по медицинской реабилитации включены мероприятия по восстановительной терапии, куда могут войти:

* лекарственная терапия,
* гомеопатия,
* психотерапия индивидуальная и групповая (по показаниям),
* электрофизиолечение (по показаниям),
* рефлексотерапия (по показаниям),
* лазеротерапия,
* массаж,
* лечебная физкультура и др.

Глава III Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в РФ» предусматривает право инвалидов на проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств реабилитации и услуг за счет средств федерального бюджета. Все виды этих мероприятий, технических средств и услуг должны быть предусмотрены федеральным перечнем и утверждены Правительством Российской Федерации. Данный перечень регулярно редактируется. На сегодняшний день применяется Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, который утвержден распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г.

Дети с отдельными видами нарушений[[8]](#footnote-8) (с нарушениями слуха, опорно-двигательного аппарата) нуждаются в протезно-ортопедической помощи, куда входит изготовление и ремонт протезно-ортопедических и других видов протезных изделий.

Дети с нарушениями слуха нуждаются в слухопротезировании, для чего им предоставляются слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.

Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата изготавливаются специальные ортопедические изделия. Сюда входят:

- пояса, корсеты, бандажи, шины, корректоры осанки;

- туторы, фиксаторы, аппараты на отдельные суставы (наколенники, налокотники, на плечо, на запястье, голеностопы) или на всю конечность,

- протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы,

- держатели (для стопы, для головы),

 обувь ортопедическая (стельки, супинаторы, межпальцевые перегородки).

Многие виды протезно-ортопедической продукции граждане получают бесплатно, часть изделий (например, стельки, супинаторы) выдается за полную стоимость по действующим ценам.

**Санаторно-курортное лечение** является еще одним разделом в программе медицинской реабилитации.

В соответствии с пунктом 3.1 Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан (утвержден Приказом Минздравсоцразвития России N328 от 29.12.2004) «обеспечение санаторно-курортным лечением осуществляется путем предоставления гражданам при наличии медицинских показаний санаторно-курортных путевок в санаторно-курортные организации, расположенные на территории Российской Федерации и включенные в Перечень, который утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации». В этот перечень входит более 900 учреждений и организаций, оказывающих льготным категориям граждан Российской Федерации санаторно-курортное лечение бесплатно, за счет средств, выделенных из государственного бюджета. Продолжительность срока санаторно-курортного лечения - 21 день, что установлено Федеральным законом РФ N202 от 29.12.2004 «О бюджете Фонда социального страхования».

Медицинские показания и противопоказания для проведения санаторно-курортного лечения в том или ином санатории определяет лечащий врач. Отбор и направление нуждающихся больных осуществляют лечащий врач совместно с заведующим отделением лечебного учреждения, где наблюдается ребенок.

Родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья могут сами обратиться за путевкой в санаторий, если в индивидуальной программе реабилитации есть рекомендация о необходимости санаторно-курортного лечения. Для этого им надо подать заявление в Фонд социального страхования по месту жительства. Одновременно с путевкой на ребенка, имеющего инвалидность, выдается путевка для одного из его родителей или других законных представителей, как сопровождающих лиц.

##

## 3.2 Психолого-педагогическая реабилитация детей с нарушениями в развитии в системе образования

Когда все дети достигают возраста 6-7 лет, они начинают учиться в школе. А многие дети с ограниченными возможностями в этом возрасте не могут не только хорошо говорить, но и обслуживать себя. На психолого-медико-педагогических комиссиях таким детям зачастую в заключении пишут: «Ребёнок не обучаем».

«Необучаемый ребенок» - как часто слышат эти слова. По-видимому «обучаемый» - это ребенок, обучение которого не должно составлять проблем, доставлять неприятности и требовать от педагога чрезмерных усилий. Ему объяснили – он понял. Вот это обучение! А если одно и тоже нужно повторять 2-3 раза - значит не справляется.

Не ребенок не справляется, – не справился педагог. Это педагогу не хватило терпения и знаний. Он обучает детей по раз и навсегда отработанной схеме. Но не нужно подчинять ребенка под систему, какой бы прекрасной она не была. Обучение – это процесс, который длится во времени. Для детей с ограничениями возможностей нет, и не может быть сроков.

По закону РФ «Об образовании» дети с ограниченными возможностями могут учиться в обычных общеобразовательных школах на общих основаниях. Каждая государственная и муниципальная общеобразовательная школа обязана принимать детей, проживающих на прикрепленной к ней территории, независимо от состояния их здоровья.

Министерство образования придерживается такой концепции, что дети с нарушениями, не связанными с умственной отсталостью, должны обучаться по общим стандартам и специально разработанным к ним дополнениям, где предусмотрено увеличение количества учебных часов и использование большего числа специалистов. Но в реальной жизни этот закон общеобразовательными учреждениями не выполняется. Часто “особые дети” не могут посещать не только общеобразовательную школу, но и детский сад, поскольку в них отсутствуют специальные условия для нахождения там и обучения ребенка-инвалида:

* не введены специальные учебные программы;
* не привлекаются к работе специальные педагоги (дефектологи);
* помещения не оборудуются с учетом нахождения в них детей с проблемами в развитии.

В системе отечественного образования коррекционная помощь детям с проблемами в развитии реализуется с учетом положения о том, что такой ребенок имеет особые образовательные потребности и нуждается в специальных условиях.

Специальные образовательные учреждения и общеобразовательные учреждения, в которых воспитываются дети с нарушениями в развитии, оборудуются с учетом нахождения в них детей определенной категории. В них должны быть предусмотрены специальные порожки, светозащитные технические устройства из цветного стекла или бесцветного стекла с покрытием для детей с нарушением зрения; специальные поручни, пандусы для подъема и спуска детей с опорно-двигательными нарушениями.

 Дети с отклонениями в развитии могут воспитываться и обучаться:

 в дошкольных, школьных государственных и негосударственных образовательных учреждениях и учреждениях «Начальная школа - детский сад» трех видов:

* компенсирующего вида, предназначенного для обучения детей с теми или иными отклонениями в развитии (в специальных (коррекционных) детских садах и школах);
* комбинированного вида, имеющего как группы (классы) для нормально развивающихся детей, так и группы (классы) компенсирующего вида;
* общеразвивающего вида в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) обучения при обязательной коррекционной поддержке ребенка с отклонениями в развитии;

2) в домашних условиях с возможностью посещения дошкольниками групп кратковременного пребывания при учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, при дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) образовательных учреждений;

3) в образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в условиях разновозрастных групп в центрах диагностики и консультирования, психолого-медико-социального сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции и др.;

4) в учреждениях дополнительного образования: центры дополнительного образования детей, детские оздоровительные центры различного профиля и др.;

5) в детских домах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

6) в школах-интернатах.

Вопросы направления или перевода ребенка в то или иное учреждение, комплектования образовательных учреждений решается на постоянно действующих психолого-медико-педагогических комиссиях (ПМПК).

Дети с отклонениями в развитии направляются ПМПК и другими организациями системы образования, здравоохранения и социальной защиты в коррекционные учреждения только по согласованию с родителями (законными представителями ребенка).

В учреждения дополнительного образования дети с отклонениями в развитии принимаются по желанию родителей и по рекомендации специалистов.

## 3.3 Физкультурно-оздоровительная реабилитация детей с отклонениями в развитии

Крайне неблагоприятная экологическая ситуация, низкий уровень культуры здорового образа жизни россиян сочетаются с высокой социальной напряженностью и неопределенностью, порождающими хроническое чувство тревоги, неудовлетворенности, потерю динамики социумом. Эти факторы особенно сказываются на детях-инвалидах.

В Российской Федерации отмечается устойчивая тенденция роста детской инвалидности. Только за последнее десятилетие число детей-инвалидов увеличилось более чем в 2 раза.

Разработана Концепция с целью определения основных направлений государственной и общественной деятельности по совершенствованию системы социальной адаптации и всесторонней реабилитации детей с отклонениями в развитии методами и средствами физической культуры.

Концепция оздоровительно-физкультурной работы среди детей с умственными и физическими ограничениями создана в рамках реализации федеральной целевой программы "Дети-инвалиды" - составной части президентской программы "Дети России" и "Основных направлений государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национальный план действий в интересах детей)".

При формировании принципиальных положений Концепции использованы опыт отечественной и зарубежной науки и практики.

Определяющую, роль в уровне здоровья нации, физического и психосоматического состояния человека, в развитии его двигательных и интеллектуальных качеств, в формировании социума играют духовная и физическая воспитанность личности и окружающая среда.

Анализ детской инвалидности и физиологических особенностей развития организма в раннем онтогенезе показывает непреходящую значимость физической активности ребенка как основы развития его двигательных, координационных и интеллектуальных качеств.

Для детей с умственными и физическими ограничениями независимо от категорий, этиологии и патогенеза (врожденные или приобретенные; наследственные, хромосомные, родовые, инфекционные; по зрению, слуху, интеллекту, опорно-двигательному аппарату, лимфо-флебопатологии, психосоматике, челюстно-лицевым, кардиореспираторным и др.) для сферы физкультурно-оздоровительной деятельности характерны ограничение их двигательной активности, ухудшение физических качеств: силы, скорости, выносливости, ловкости, гибкости, пространственной ориентации, вестибулярной устойчивости, реакции на движущийся объект, скоростно-силовой выносливости, координационных качеств, микро- и макромоторики, зрительно-двигательной реакции и др.

Следовательно, в системе комплексной реабилитации и социальной адаптации детей с выраженной патологией важное место должно быть отведено использованию средств и методов физической культуры, активно-двигательным (мышечные и дыхательные, координационные и развивающие упражнения), гигиеническим и закаливающим мероприятиям.

Значение движений для организма столь велико, что двигательная активность выделена как ведущий признак жизни.

Информационную структуру системы движений человека можно определить как последовательность упорядоченных во времени сообщений, как информационную структуру элементарных биовозбуждений.

"Будущие" двигательные программы поддаются управлению посредством создания в настоящем определенных биологических и механических регуляторов и механизмов, определенных "узелков на память", которые в какой-то момент "будущего" обеспечат автоматическое управление двигательным процессом.

Двигательно-мышечные ощущения лежат в основе познания окружающей действительности, с их помощью в сознании человека отражаются пространственные и количественные особенности предмета.

Совершенствование физической активности ребенка-адаптанта, обучение моторным навыкам и повышение уровня его тренированности не самоцель, а только одно из составляющих искомого результата, включающего надежды, отношение и деятельность, а также получение положительных эмоций в процессе обучения и тренировок. При этом процесс адаптации является центральным и наиболее важным. Гибко подстраиваясь под реальные возможности индивида, он помогает ребенку с умственными и физическими ограничениями адаптироваться к конкретным и постоянно изменяющимся условиям среды.

Функциональные возможности детей при мышечной деятельности определяются морфофизиологической зрелостью центральной нервной системы, двигательного анализатора вместе с исполнительным аппаратом, мобильностью вегетативных процессов, обеспечивающих оптимальные условия для мышечной деятельности, и накопленным опытом. Только рациональная организация двигательной деятельности может способствовать укреплению здоровья, физическому и всестороннему развитию растущего организма.

В блоке оздоровительных проблем и профилактики заболеваний целесообразно выделить систему физкультурно-оздоровительной реабилитации как самостоятельное научное, педагогическое, сервисно - техническое и социальное направление. Под физкультурно-оздоровительной реабилитацией детей-инвалидов понимается многофакторная система реализации природных способностей ребенка на основе активизации целенаправленной мышечной деятельности; процесс и система мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию ограниченных физических возможностей и интеллектуальных способностей, на повышение психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма реабилитанта средствами физической подготовки и спортивной тренировки.

Определяющим началом успешного реабилитационного (абилитационного, коррекционного, адаптационного) процесса является возможно ранняя диагностика отклонений в развитии физических качеств, сенсорных анализаторов или интеллекта ребенка с учетом медицинских показаний и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями и спортом.

Теория и практика реабилитации детей с аномалиями в развитии выделяют следующие положения:

а) возможно более раннее начало, целенаправленность и непрерывность реабилитации;

б) комплексный характер реабилитации (медицинские работники различного профиля, специалисты по оздоровительной физической культуре, социальной и коррекционной педагогике, специалисты по социальной работе, юристы, экономисты, инженеры-конструкторы вспомогательных средств и оборудования);

в) индивидуальность и адресность системы реабилитационных мероприятий;

г) сочетание двигательного и интеллектуального развития ребенка;

д) совместную деятельность, с одной стороны, медиков, специалистов по социальной работе и педагогов, которые обучают, и, с другой - семьи, которая способствует развитию учения и навыков, помогает в лечении и реабилитации;

е) мотивационный аспект для детей - внедрение игровых методов;

ж) сглаживание противоречий между ребенком-инвалидом и социумом;

з) профессионально ориентирующее, общежитейско-бытовое, сексологическое и другие виды и направленности воспитания личности.

Определяющим, на наш взгляд, принципом успешной абилитации (реабилитации) является самостоятельность деятельности ребенка-адаптан та. Вся система, все навыки и умения, каждое упражнение и действие должны отрабатываться с ребенком и самим ребенком.

Для правильного подбора физических упражнений и других средств физической культуры с целью развития физических качеств, укрепления здоровья и совершенствования детей с умственными и физическими ограничениями необходимы постоянный медицинский контроль и педагогическое наблюдение, квалифицированное определение показаний и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями и спортом.

Влияние оздоровительно-физкультурных мероприятий на детей-инвалидов[[9]](#footnote-9) является комплексным и выражается в следующем:

а) психическом воздействии посредством повышения тонуса и благоприятного улучшения эмоционального состояния;

б) тонизирующем воздействии посредством улучшения общего жизненного тонуса и достижения оптимального благоприятного состояния органов и систем организма;

в) функциональном воздействии, которое характеризуется повышением физической деятельности организма и его приспособляемости к физической нагрузке. В одних случаях функциональное воздействие может быть непосредственным - в отношении опорно-двигательного аппарата, органов кровообращения, дыхания, в других - косвенным: на органы пищеварения, выделительную и другие системы;

г) при структурном или морфологическом воздействии, проявляющемся в стимулировании трофических процессов, предупреждении гипертрофии мускулов, улучшении кровообращения в органах и системах;

д) поддерживающем воздействии, для которого характерны повышенная приспособляемость организма к постепенной физической нагрузке и поддержание созданных в результате систематических занятий двигательных навыков и стереотипов. Двигательные навыки инвалид может легко потерять, если тренировочные занятия будут прерваны;

е) компенсационное воздействие выражается в усовершенствовании отдельных органов и систем, что вызывается необходимостью замены некоторых утраченных функций. Например, при ампутации одной нижней конечности другую необходимо укрепить и усовершенствовать до такой степени, чтобы она могла нести вес тела.

Систематические занятия физическими упражнениями способствуют укреплению здоровья путем улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, обмена веществ, повышения устойчивости организма к действию простудного фактора.

Уровень физической подготовленности ребенка с умственными и физическими ограничениями определяется совокупностью показателей реакции организма на физическую нагрузку. При этом характерные особенности физиологии двигательной активности адаптанта связаны с несколькими группами причин: патологическими процессами, затрагивающими практически все системы организма; дегенерацией мышечной ткани вследствие частичной или полной денервации; нарушением согласованности в работе мышц-синергистов и антагонистов; сложностью в пространственной ориентации и координации, восприятии информации, выдаче и исполнении команд управления и др.

Особенно целесообразна в жизнедеятельности детей с умственными и физическими ограничениями профилактика дефицита двигательной активности. Это обусловлено тем, что ребенок-инвалид чаще всего является объектом вынужденного воздействия негативных факторов гиподинамии и гипокинезии (снижение объема и интенсивности двигательной деятельности, низкий уровень затрат на мышечную работу, упрощение и обеднение координационной двигательной деятельности). При этом повседневные функциональные изменения малозаметны, однако отрицательное кумулятивное воздействие приводит к негативным изменениям в организме, которые выражаются в:

а) снижении функциональной активности органов и систем и нарушении их регуляторных механизмов;

б) атрофических и дегенеративных изменениях опорно-двигательного аппарата, и в особенности его нервно-мышечного и костного компонентов;

в) нарушении обменных и снижении катаболических процессов;

г) детренированности мышц живота, что неблагоприятно отражается на функции кровообращения, пищеварения, дыхания;

д) снижении сердечной деятельности, что приводит к деструктивным изменениям по типу атрофии и снижения энергетического потенциала;

е) изменении функции дыхания, что характеризуется уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции как в покое, так и при физической работе;

ж) резком ухудшении орто- и антиортостатической устойчивости, что объясняется расстройством рефлекторных механизмов, регулирующих тонус сосудов;

и) нарушении терморегуляции и других негативных морфофункциональных изменениях в организме человека.

Многочисленные исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, свидетельствуют о том, что гиподинамия и гипокинезия не только являются причиной снижения функциональных возможностей, но и имеют высокую корреляционную связь с сокращением продолжительности жизни.

Основным средством профилактики заболеваний и осложнений в состоянии здоровья, вызванных гиподинамией и гипокинезией детей с умственными и физическими ограничениями, является нормированная активизация их двигательной, нейромышечной деятельности. Элементарное двигательное действие не заменит ни одна таблетка. Эффективны все виды активной двигательной деятельности: физические упражнения, спортивная тренировка, прогулки, туристические походы, участие в спортивных соревнованиях и фестивалях.

Учитывая существенную ограниченность детей-инвалидов в возможностях посещения разнообразных спортивных, рекреационных и туристических мероприятий, следует в большей мере использовать физкультурно-оздоровительные методики и рациональные комплексы физических упражнений, позволяющие проводить занятия в автономных условиях независимо от местонахождения и наличия тренажеров и оборудования.

Общество должно признать тот факт, что, несмотря на профилактические меры, всегда будет существовать категория людей с дефектами и инвалидностью, и долго еще будет ощущаться потребность выявлять и устранять барьеры, препятствующие инвалидам получать все необходимое для жизни, доступ ко всем видам общественного обслуживания, включая физическую культуру и спорт.

Отсутствие научно обоснованных рекомендаций по комплексной (медицинской, социальной, профессиональной, психологической, физической) реабилитации детей-инвалидов усугубляет неоправданные социальные потери и материальные издержки, что оборачивается социальной напряженностью, диспропорциями между затратами на реабилитацию и конечными результатами.

Основные положения перспективной программы по обеспечению профилактики инвалидности и всесторонней реабилитации детей-инвалидов средствами и методами физической культуры должны включать следующее:

- разработку и создание оптимальной структуры государственного и общественного управления и организационных форм физической культуры и спорта инвалидов;

- создание в Российской Федерации сети региональных центров, работающих под единым методическим началом и по согласованым программам. Основой деятельности таких центров должно быть проведение мониторинга физического здоровья, коррекции двигательной активности детей-инвалидов;

- создание системы непрерывного физкультурного образования инвалидов и подготовки кадров из инвалидов и неинвалидов;

- создание сводного информационного "банка данных" по вопросам физической культуры и спорта инвалидов;

- разработка адекватных моделей инвалидности в сфере физической культуры и спорта (биомеханические, физиологические, анатомические, антропометрические, гигиенические, психологические, педагогические и др.);

- разработка научно обоснованных методических рекомендаций по формам и режимам занятий детей-инвалидов;

- создание индустрии технических средств и снаряжения для инвалидов (сертификация, производство, внедрение, сервисное обслуживание);

- создание структуры досугово-оздоровительных центров, типовых схем "зеленых коридоров", водных акваторий, рекреационных и туристических структур с учетом потребностей инвалидов различных категорий.

Решение реабилитационных и профилактических физкультурно-оздоровительных и спортивных проблем детей-инвалидов состоит в реальном улучшении образа и качества их жизни, в расширении физ культурных адаптационных возможностей, а не в номинальном увеличении финансовых затрат и числа «культурно-массовых мероприятий». Соответственно, необходимы специально разработанные, обоснованные и проверенные на уровне эксперимента программы интегрирования детей-инвалидов в обычную социокультурную жизнь.

# Заключение

Подводя итог, можно сказать, что процесс реабилитации - это сложное и многогранное явление, поскольку полноценное возвращение в социум происходит через медицинскую реабилитацию (лечение недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическую реабилитацию (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов), педагогическую реабилитацию (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств). Реабилитация - это своего рода итог всей коррекционно-педагогической деятельности.

**Реабилитация социальная** (лат. rehabilitatio - восстановление) - это процесс включения ребенка с отклонениями в развитии и поведении в социальную среду, в нормальную общественно полезную деятельность и адекватные взаимоотношения со сверстниками.

Важное место в комплексе названных составляющих компонентов подготовки детей-инвалидов к интеграции в социальную среду занимают вопросы их социальной реабилитации.

Социально-реабилитационная деятельность - сравнительно новая область профессиональной деятельности, возникшая как одно из направлений в системе комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии. Основная ее задача - обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе.

В основе ранней реабилитации детей с различными отклонениями в умственном развитии лежит своевременная и адекватная диагностика интеллектуальных нарушений. Выявление этих отклонений связано с определенными трудностями, так как интеллектуальное развитие ребенка представляет собой созревание множества разнообразных функций, находящихся в сложном единстве. Отклонения в интеллектуальном развитии могут являться следствием поражения любой функции, определяющей интеллектуальную деятельность ребенка и ее своеобразие.

Крайне неблагоприятная экологическая ситуация, низкий уровень культуры здорового образа жизни россиян сочетаются с высокой социальной напряженностью и неопределенностью, порождающими хроническое чувство тревоги, неудовлетворенности, потерю динамики социумом.

Разработана Концепция с целью определения основных направлений государственной и общественной деятельности по совершенствованию системы социальной адаптации и всесторонней реабилитации детей с отклонениями в развитии методами и средствами физической культуры.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что реабилитационная деятельность способствует обеспечению людям, неполноценным вследствие врожденных пороков, болезней, или несчастных случаев, возможности вести нормальный образ жизни, обретать свое место в обществе, в полной мере проявлять свои способности.

# Библиография

Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : Учеб. пособие для вузов / Л.И. Акатов.- М : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004.

Бочарова Е.А. Ранняя реабилитация детей с отклонениями в развитии // Экология человека.- 2002.- N 2.

Вернер Д. и др. Реабилитация детей-инвалидов. М.- 1995.

Воронова О.П. Социально-медицинская реабилитация инвалидов / О. П. Воронов // Социальная работа.- 2009.- N 1.

Выгодский Л.С. Развитие высших психических функций. М: АПН РСФСР 1960.

Доскин В.А. и др. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. М: Медицина 1997.

Иванова Н.Н. Современные подходы к социальной адаптации и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья // Социально-гуманитарные знания.- 2003.- N 4.

Карасаева Л.А. Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в профессиональной реабилитации инвалидов // Адаптивная физическая культура.- 2007.- N 1.

Хегай М.М. Реабилитационно-оздоровительная деятельность в начальной школе М.М. Хегай // Школа.- 2005.- N 2.

1. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : Учеб. пособие для вузов / Л.И. Акатов .- М : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004 .- С. 45. [↑](#footnote-ref-1)
2. Иванова Н.Н.Современные подходы к социальной адаптации и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья // Социально-гуманитарные знания .- 2003 .- N 4. - С. 308-315 [↑](#footnote-ref-2)
3. Хегай М.М.Реабилитационно - оздоровительная деятельность в начальной школе М.М. Хегай // Школа .- 2005 .- N 2. - С. 53-54 . [↑](#footnote-ref-3)
4. Вернер Д. и др. Реабилитация детей-инвалидов. М.- 1995. [↑](#footnote-ref-4)
5. Выгодский Л.С. Развитие высших психических функций. М: АПН РСФСР 1960. [↑](#footnote-ref-5)
6. Доскин В.А. и др. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. М: Медицина 1997. [↑](#footnote-ref-6)
7. Бочарова Е.А. Ранняя реабилитация детей с отклонениями в развитии // Экология человека .- 2002 .- N 2. - С. 30-31. [↑](#footnote-ref-7)
8. Воронова О.П. Социально-медицинская реабилитация инвалидов / О. П. Воронов // Социальная работа .- 2009 .- N 1 .- С. 48-50 [↑](#footnote-ref-8)
9. Карасаева Л.А. Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в профессиональной реабилитации инвалидов // Адаптивная физическая культура .- 2007 .- N 1. - С. 8-11 . [↑](#footnote-ref-9)