**Организация пространства для повышения двигательной мобильности ребенка с ограниченными возможностями в семье**

Бодрова Н. А.

Воспитатель, педагог-кондуктолог

ГБУЗ СО ТЛРЦ «АРИАДНА»

Дети, с двигательными нарушениями, имеют низкую физическую активность и совершают гораздо меньший объем самостоятельных движений по сравнению с обычным ребенком. Такие дети находятся в постоянной зависимости от помощи окружающих. Находящиеся рядом взрослые, часто пытаются оградить малыша от повседневных трудностей, не дают ему проявлять активность и участие в каждодневной бытовой деятельности, что приводит ребенка к пассивности и снижению уровня активности на всю жизнь. А ведь главная задача в воспитании и обучении детей с двигательными нарушениями – убрать зависимость ребенка от взрослого, позволить ему проявлять посильную самостоятельность в каждодневной деятельности так, чтобы ребенок, вырастая, становился способным к независимой самостоятельной жизни насколько это возможно.

Деятельность, имеющая смысл, стимулирует и восстанавливает движения и мышление ребенка, зачастую, эффективней, чем рутинные занятия отдельными упражнениями и заданиями.

В настоящее время активно развивается новая специальность- эрготерапевт (эрго - труд, терапия – лечение, восстановление).

Эрготерапевт - это специалист, работа которого направлена на максимальную адаптацию человека, с утраченными и сохраненными функциям, в окружающей обстановке. Эрготерапевт помогает в максимально возможной степени восстановить способность человека к независимой жизни.

Задача эрготерапевта – помочь ребенку реализовать максимум его возможностей с учетом объективных ограничений.

Эрготерапевт организует и структурирует пространство вокруг пациента так, чтобы тому было легко и доступно взаимодействовать с окружающими предметами, подбирает и адаптирует предметы быта, адаптирует одежду (вместо молний, шнурков и пуговиц пришивает липучки, застежки на магнитах), дает советы родителям по адаптации квартиры пациента.

Дети с двигательными нарушениями много времени проводят в неправильных положениях, что может приводить к неправильному физиологическому развитию и закреплению имеющихся деформаций, вывихов, увеличению контрактур (ограничение пассивных движений в суставе, то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или нескольких суставах).

Всего этого возможно избежать, если вовремя начать использовать технические средства реабилитации как заводского изготовления, так и самодельно изготовленные.

Средства реабилитации помогают:

* правильному позиционированию ребенка в течение дня. Особенно это необходимо детям с низким уровнем двигательных возможностей. Для избежания развития вторичных нарушений (контрактур, вывихов в тазобедренных суставах) детям со спастикой необходимо находиться в течение дня с разведенными в тазобедренных суставах ногами. Если ребенок плохо удерживает голову в положении сидя, необходимо использовать кресло со специальными фиксаторами у головы. Если ребенок плохо удерживает тело - то нужно использовать опору для сидения со специальными удерживающими ремнями в области тела;
* компенсировать физические ограничения ребенка. При помощи, например, коляски дети пробуют активно использовать сохранные движения в руках для управления колесами, тем самым не ограничивая себя в перемещении в пространстве;
* стимулировать и облегчать самостоятельные движения ребенка. Разнообразные ходунки и ортопедические трости способствуют самостоятельному передвижению детей;
* правильному физиологическому развитию детей. Все ортопедические приспособления для сидения, передвижения детей оснащены необходимыми фиксаторами, поддерживающими тело ребенка в правильном физиологическом положении, тем самым препятствуя ухудшению физиологического состояния детей, усталости мышц;
* оказывать помощь и приносить реальное облегчение родителям в ежедневных манипуляциях по уходу и передвижению ребенка.

 1. Подбор необходимых индивидуальных средств при ежедневных занятиях, а также в период отдыха и игр ребенка.

**Вертикализаторы** для поддержки детей. Предназначены для обучения навыкам вертикального стояния детей, позволяют удерживать вертикальное положение без посторонней помощи. Представляют собой конструкцию, в которой ребенок закрепляется в вертикальном положении с помощью ремней и страховочных поясов. Также в вертикализаторах предусмотрены боковые упоры, в некоторых случаях спинной прижим и навесной столик. Кроме того, многие современные модели могут изменять угол наклона, а передвигаются за счёт предустановленных колёс. Во время нахождения в вертикализаторе ребенок может выполнять многие повседневные задачи – например, играть или обучаться. Для ребенка с двигательными нарушениями вертикализатор используется для отработки стойки в вертикальном положении, развития опорности ног, профилактики развития контрактур в суставах, дисплазии тазобедренных суставов. Вертикальное положение тела физиологически важно для нормального функционирования внутренних органов. Полезно влияет на формирование чувства равновесия и на улучшение координации движений.

Различают передние (переднеопорные) и задние (заднеопорные) вертикализаторы.

Передний вертикализатор — устройство, находясь в котором пациент опирается на живот. Большинство вертикализаторов относятся к переднему типу.
Задний вертикализатор (с обратной опорой) — вертикализатор, находясь в котором пациент фиксируется на опоре под спину и постепенно поднимается из положения лежа. Назначается
пациентам с серьезными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, а также не способным самостоятельно держать голову.

Важно, чтобы в вертикализаторе возможно было регулировать угол подъема. Постепенное изменение угла наклона дает возможность тщательно контролировать подъем в вертикальное положение с учетом реакции ребенка на возрастающую нагрузку на нижние конечности.

Время нахождения в вертикализаторе зависит от цели применения данного средства. Обычно это от 10-15 минут до 30 минут 2 раза в день, но иногда это время должно быть индивидуально подобрано. Начинать необходимо с нескольких минут стояния (меняется кровообращение, сосуды ребенка должны привыкнуть). Могут начать болеть мышцы (как после тренировки).

**Стул** с правильной и удобной фиксацией тела и конечностей ребенка.

Стул позволяет тренировать удержание головы, формировать правильную осанку и закреплять навык сидения. По необходимости для фиксации ребенка нужно использовать головные и грудные упоры, фиксаторы ног и стоп. Для занятий и развивающих игр нужно использовать съемный столик. Если у малыша ДЦП легкой формы и он может самостоятельно сидеть, опираясь на руки, то для него больше подойдет низкий стул, чтобы ноги находились в упоре на полу. Но если голова и туловище постоянно запрокидываются назад, то обязательно нужно подобрать хорошее сиденье, имеющее специальную спинку, и устройство для поддержания головы. Если ребенок заваливается вбок, то нужны специальные боковые поддержки. В правильно подобранном кресле или стуле ребенок сидит комфортно и не соскальзывает, не виснет на ремнях, не заваливается вбок или вперед, и при этом он свободно дышит, двигает руками, и может делать глотательные движения.

**Опоры для сидения** ребенка используются для постепенной адаптации детей из положения лёжа в положение сидя, способствуют правильной осанке. Устройство обеспечивает надежную стабилизацию и безопасность ребенка. Ребенок фиксируется в напольном сидении, с разведенными и выпрямленными ногами, что обеспечивает профилактику контрактур, мягкое растяжение спастичных мышц, удерживание правильного положения тела. Устройство позволяет ребенку играть, участвовать в кормлении.

**Подставки** различной высоты и длины, используемые под спину и стопы ребенка, позволяют детям, умеющим сидеть самостоятельно на стуле, стабилизировать позу, поддерживать чувство уверенности, фиксировать опорность ног и спины.

Использование разнообразных **валиков и подушечек** для правильной фиксации тела в разных исходных положениях.

В положении лёжа на животе можно использовать подушку-подкову, которая укладывается под грудь ребенка. Края «подковы» хорошо поддерживают ребёнка по бокам, не дают ему завалиться в сторону. Ребенок может опираться на локти, руки находятся у него перед глазами. В положении удобно лежать, опираться на руки, следить за окружением.

П-образная подушка позволяет в положении лежа на спине, удобно поддерживать тело ребенка, снимая нагрузку на позвоночник. Тело ребенка не «растекается».

В положении на боку, нога немного закидывается на подушку, подушка придерживает и не дает ребенку заваливаться назад. При этом добиваемся равномерного распределения веса тела по поверхности, устраняя патологические деформации тела ребенка.

П-образная подушка позволяет контролировать положение на боку, на спине и, при необходимости, на животе. Преимуществом является то, что не обязательно поднимать ребенка и переносить его из кровати, а затем укладывать в подушку: есть возможность «подложить» подушку под ребенка прямо в кровати.

Т-образные подушечки используются для разведения бедер ребенка и снятия спастики в ногах. Подушка используется для сгибания и разведения ног пациента в положении лежа на спине и на боку. Это положение помогает принять и поддерживать симметричную позу и оптимально распределять вес, а также препятствует сползанию пациента к изножию кровати. Способствует оптимальному разведению бедер в положении лежа на спине и лежа на боку.

2. Подбор необходимых средств для передвижения ребенка

Индивидуальные **кресла-коляски**.

Инвалидное кресло, или кресло–коляска – это средство передвижения ребенка по дому и на улице.

В первую очередь, выбор зависит от его предназначения. Если ребенок может на нем передвигаться без посторонней помощи, выбирают кресло-коляску, которой ребенок может управлять самостоятельно. Такие коляски, как правило, имеют большие боковые колеса, которыми ребенок может управлять как самостоятельно, так и при помощи взрослого.

Исходя из способа передвижения, инвалидные коляски бывают:

1. Механические - приходят в движение посредством толкания (самим ребенком, либо взрослым).

Такие кресла еще называют активными, т.к. ребенок способен сам управлять таким креслом.

1. Электрические – которые приводятся в движение при помощи аккумуляторов. Они очень удобны, так как обладают достаточно большой скоростью, маневренностью, управляются с помощью кнопки, расположенной на подлокотнике.
2. Если ребенок будет передвигаться только с посторонней помощью, для него подбирают кресло-каталку. Поэтому у каталок нет больших приводных колес, а для передвижения пациента необходима помощь другого человека.

Все модели кресел должны быть оснащены всеми необходимыми фиксирующими опциями: спинкой с изменяемым углом наклона, страховочными ремнями на пояс и плечи, абдуктором, боковыми опорами и опорами для головы.

Подбор кресла еще зависит от требуемых фиксирующих устройств, исходя из того, какую часть тела ребенок может поддерживать

**Ортопедические ходунки.**

Если физически ребенок в состоянии ходить, но ему сложно держать равновесие, оптимальным решением являются ходунки. Находясь внутри четырехопорной рамы ходунков, оснащенных колесами со стояночным тормозом и фиксирующими ремнями, ребенок может двигаться вперед и в стороны, но не назад, что предотвращает опрокидывание конструкции. Некоторые модели ходунков для детей с ДЦП снабжены тканевым сиденьем для отдыха. Ходунки и различные опоры для ходьбы используются как для обучения хождению, так и для ежедневных тренировок равновесия в положении стоя.

**Ортопедические палочки и трости** обеспечивают надежную опору для детей, активно осваивающих навыки самостоятельной ходьбы, для поддерживания равновесия.

**Брусья** тренируют навыки ходьбы, поддерживают вертикальное положение, задают направление движения. Дают возможность тренировки ходьбы боковым шагом, тренировки ходьбы с препятствиями.

**Индивидуальные артезы и лонгеты, ортопедическая обувь**. Помогают поддерживать правильное положение конечности, фиксировать суставы в нужном положении, снижают нагрузки, предупреждают переутомление, укрепляют связочно-мышечный аппарат и устраняют болезненности.

3. Подбор необходимых столовых приборов для успешного развития навыков самообслуживания.

Специальные столовые приборы: тарелка на присосках, ложка с утолщенной или изогнутой ручкой, бокал с двумя ручками по бокам, не скользящие и не бьющиеся столовые приборы.

Так же целесообразно использовать тарелки с достаточно высокими бортиками для успешного и самостоятельного зачерпывания пищи самим ребенком.

Адаптация среды позволяет максимально приспособить ее к нуждам ребенка с двигательными нарушениями и этим расширить его возможности. В специально оборудованной среде, учитывающей потребности и ограничения ребенка и предлагающей ему те двигательные задачи, решить которые он в состоянии, происходит ежедневная тренировка его двигательных навыков без постоянного обращения за помощью к родителям. Это позволяет ребенку расти и развиваться.

 Литература:

1. Специальная педагогика под редакцией Н.М. Назаровой.
2. А. Финк Кондуктивная педагогика А. Пете Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (издательский центр «Академия»).
3. К. Акош Помощь детям с церебральным параличом. (Издательство «Улисс», 1994).
4. Н. А. Финни «Ребёнок с церебральным параличом помощь, уход, развитие».- Учебное пособие Н. А. Финни, Венгрия, 2009.