

РЕАБИЛИТАЦИЯ СОЦИАЛЬНО ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Л.В. Иванова

Восточно-Сибирская государственная академия образования,
Иркутск, Россия, larvas07@mail.ru

Введение. Социально-экономические и политические проблемы современного общества значительно расширяют спектр причин неблагополучия среди подростков, среди которых наиболее остро проявляются нарушение структуры и функции семьи, ухудшение условий содержания детей, подрыв детского здоровья, нарастание психоэмоциональных перегрузок у родителей. Резкое изменение ценностных ориентации, психологическая дезадаптация значительной части молодежи, снижение нравственных норм негативно сказывается на процессе социализации детей и подростков. Заметное снижение уровня социальных гарантий для детей в этих условиях усиливают влияние асоциальных факторов в подростковой среде [1].

В Иркутской области более пятисот детей пытаются выжить в условиях улицы. Для многих из них характерны отягощенная наследственность, психолого-педагогический фактор (дефекты школьного и семейного воспитания), неблагоприятные экологические и социальные факторы [2].

По мнению многих ученых и практиков можно не только предупреждать отклонения в развитии детей и подростков, но и управлять этим процессом. С девяностых годов прошлого века расширяется система специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, что позволяет осуществлять заботу об этой категории детей и подростков. Одной из главных задач этих учреждений является восстановление широкого спектра отношений детей с миром, с тем, чтобы научить их общаться со взрослыми, сверстниками, вернуть утраченное чувство семьи, восстановить здоровье. Пребывание детей в этих учреждениях максимально использовано для всесторонней реабилитации подростка [3].

В связи с этим возникает необходимость изучения процессов реабилитации подростков в условиях социальных учреждений.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Областном государственном учреждении социального обслуживания (ОГУСО) «Будаговский социально - реабилитационный центр для несовершеннолетних» (БСРЦ) г.Тулуна и Тулунского района. Проводилась оценка состояния здоровья по данным медицинского осмотра специалистами центра у 130 детей 12-15 лет. Физическое развитие оценивалось по соматометрическим показателям у 20 подростков 14-15 лет в динамике 6 и 12 месяцев. Полученные данные сопоставлялись со средними показателями физического развития детей соответствующего возраста – мальчиков и девочек.

Результаты исследования и их обсуждение. Оздоровительная работа в центре строится с учетом ряда принципов, в состав которых входят: дифференцированность, патогенетическая обоснованность, преемственность, комплексность. В оздоровлении участвуют специалисты всех служб центра (медицинские работники, педагоги, психологи, социальные работники, воспитатели) [4].

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних работает по следующим направлениям: психолого-педагогическая реабилитация, социально-культурная, медицинская, социально-трудовая и социально-правовая реабилитация. При поступлении ребенка в Центр каждый из специалистов учреждения ведет свою социально-реабилитационную работу. Центральная роль в педагогической службе учреждения принадлежит воспитателям. Программа их действий включает формирование межличностного общения в группе, восстановление коммуникативных связей детей, повышение самооценки; расширение кругозора детей, их представления о природной и социальной среде; развитие санитарно-гигиенических навыков; укрепление здоровья [2].

Психологическая служба ведет наблюдение за адаптационным периодом детей, выявляет уровень развития психических процессов, изучает индивидуальные особенности личности, эмоционально-волевую, коммуникативную сферу ребенка. Психолог ведет индивидуальную карту реабилитации подростка, отслеживает динамику роста и развития ребенка, составляет индивидуальную программу социальной реабилитации на каждого воспитанника, включая коррекционно-развивающую работу [5].

Медицинская служба центра состоит из нескольких специалистов. Педиатр осуществляет постоянное наблюдение за состоянием здоровья детей и способствует обеспечению санитарно-гигиенических условий жизнедеятельности. При поступлении детей полностью осматривают,

проводят санобработку, оформляют медицинскую карту, изучают анамнез. Психиатр определяет характер психической деятельности и проводит лечение. Врач-реабилитолог проводит фитотерапию, массаж - классический и точечный, физиотерапию, кварцевание, ингаляции, занятия лечебной физкультурой и занятия по релаксации в сенсорной комнате [5].

Немаловажная роль отводится в центре физкультурно-оздоровительной работе. С учетом медицинских показателей инструктор по физическому воспитанию разрабатывает индивидуальные программы физического развития, подбирает методику реализации данных программ. Работа строится так, чтобы заинтересовать подростков и направить их усилия на укрепление своего здоровья. Серьезная работа сотрудниками центра проводится в плане избавления подростков от вредных привычек [4].

На протяжении всего реабилитационного периода каждому ребенку оказывается социально - правовая помощь: ребенок получает статус, специалисты работают с биологической семьей по возвращению туда ребенка. Защищаются права ребенка, оформляются документы на право получения пенсии, инвалидности, паспорта и других документов [2].

Проживая в учреждении, дети обучаются в массовой школе. Социальные педагоги, учителя школы работают над проблемой снятия у воспитанников страха перед школой, стремятся восстановить и закрепить учебные навыки, восполнить пробелы в знаниях, возродить желание быть учеником. Такой подход в решении вопросов социальной дезадаптации должен способствовать успешному течению реабилитации подростков [5].

Как показали проведенные исследования, дети, поступающие в учреждение, имеют самые разнообразные проблемы со здоровьем, требующие различного уровня медицинской помощи. В целом количество детей центра с патологией составляет 99%. В результате первичного осмотра в приемном отделении учреждения у поступивших детей выявлены заболевания различной этиологии: инфекции органов дыхания (34,7%), дефицит веса (30,3%), педикулез (30,3%), анемия (3,7%), тубинфицирование (1,0%).

Дальнейшее наблюдение показало наличие у каждого ребенка более одного заболевания, значительное преобладание патологии среди мальчиков (табл. 1).

Таблица 1

Заболевания, выявленные при обследовании подростков с учетом пола

| Заболевания | Девочки | | Мальчики | | Всего | |
|---------------------------------|---------|-------|----------|------|-------|-------|
| | инт. | % | инт. | % | инт. | % |
| Нарушения психической сферы | 71,4 | 45,4 | 92,3 | 48,0 | 85,0 | 47,2 |
| Эндокринные заболевания | 28,6 | 18,2 | 30,8 | 16,0 | 30,0 | 16,7 |
| Нарушения зрения (миопия) | 14,3 | 9,1 | 46,2 | 12,0 | 20,0 | 11,1 |
| Заболевания ЛОР органов | 28,6 | 18,2 | 30,8 | 16,0 | 30,0 | 16,7 |
| Нарушения ОДА (лордоз, сколиоз) | 14,3 | 9,1 | 15,4 | 8,0 | 15,0 | 8,3 |
| Всего | 157,2 | 100,0 | 215,5 | 100, | 180,0 | 100,0 |

Анализ структуры данной патологии свидетельствует о том, что у детей преобладали нарушения психической сферы, значительный удельный вес занимали эндокринные нарушения и заболевания лор-органов, немалую часть составляли нарушения зрения - близорукость и нарушения опорно-двигательного аппарата - лордоз, сколиоз. Кроме этого, обращает внимание и практически одинаковая у мальчиков и у девочек частота эндокринных заболеваний (диффузное увеличение щитовидной железы I степени), хотя известно, что эти заболевания чаще встречаются у лиц женского пола. Это прослеживается как по интенсивным показателям (30,8 и 28,6), так и по удельному весу (16,0 и 18,2%).

Можно предположить, что физическое развитие этих детей будет отставать от благополучных сверстников. Из представленных данных (табл.2) видно, что средние показатели роста, веса и окружности грудной клетки у подростков не соответствуют средним возрастным показателем физического развития и значительно отстают от них. Так, у 100,0% мальчиков 15 лет и у 88,9% мальчиков 14 лет показатели роста не соответствуют средним возрастным показателям физического развития. У одного пятнадцатилетнего подростка отставание в росте превышает 2 сигмы, и рост составляет всего 136,5 см.

Аналогичная картина прослеживается и по показателям веса: ни у одного из подростков вес не соответствует средним возрастным данным физического развития (данные литературы), а дефицит веса достигает 19 кг у 14-ти летних и 23 кг - у 15-ти летних мальчиков-подростков. Окружность грудной клетки только у 30,0% подростков соответствует средним возрастным показателям физического развития, а у 70,0% они ниже на 13-16 см.

Таблица 2

Показатели физического развития подростков социально-реабилитационного центра

| Возраст (лет) | Мальчики | | | Девочки | | |
|---------------|-----------|----------|--------------------------------|-----------|----------|--------------------------------|
| | Рост (см) | Вес (кг) | Окружность грудной клетки (см) | Рост (см) | Вес (кг) | Окружность грудной клетки (см) |
| 15 | 141,4±1,5 | 33,5±0,6 | 71,2±1,3 | 156,8±1,8 | 44,8±1,5 | 76,8±2,6 |
| Данные литер. | 164,3±7,4 | 54,3±8,4 | 81,9±5,4 | 159,6±7,2 | 53,1±7,2 | 79,35,7 |
| 14 | 144,2±3,0 | 34,7±2,0 | 66,4±1,5 | 146,2±0,8 | 41,5±1,5 | 72,0±0,6 |
| Данные литер. | 158,4±7,5 | 48,9±8,4 | 77,8±5,1 | 157,4±7,0 | 49,2±7,4 | 76,7±5,3 |

У девочек физическое развитие более благоприятно, чем у мальчиков: показатели роста в 52,0%, веса в 70,0% и окружности грудной клетки в 70,4% соответствовали средним возрастным показателям. Отставание у девочек было меньшим по сравнению с мальчиками и составило: в росте - 10-13 см., в весе – 12-13 кг, в окружности грудной клетки - 6-15 см.

За время пребывания в СРЦ у подростков наметилась тенденция к улучшению состояния здоровья. У девочек и мальчиков снижается частота заболеваний лор-органов и нарушений психической сферы (за счет восстановления функциональных нарушений). Так, у девочек через 6 месяцев пребывания в СРЦ число заболеваний лор-органов снизилось с 28,6 до 14,3, а через 12 месяцев девочки этой патологией не страдали ($P < 0,05$). У мальчиков через 6 месяцев пребывания в СРЦ число заболеваний лор-органов снизилось с 30,8 до 11,4, а через 12 месяцев эти заболевания у детей не встречались ($P < 0,05$). Это произошло, в основном, за счет санации носоглотки, в результате которой были вылечены риниты и тонзиллиты.

У подростков отмечено улучшение состояния психической сферы. Через 6 месяцев число нарушений психической сферы снизилось у девочек с 71,4 до 57,1%, а через 12 месяцев до 28,6% ($P < 0,05$). У мальчиков это составило соответственно 92,3; 76,9 и 69,2% ($P > 0,05$).

Анализ выявленной патологии с учетом пола показал, что у девочек снижение числа этих заболеваний более выражено, чем у мальчиков. Так, улучшение психической сферы наблюдалось в 42,8 случаях у девочек ($P < 0,05$) и только в 23,1 – у мальчиков ($P < 0,05$). Однако, через 12 месяцев пребывания подростков в условиях центра, как у девочек, так и у мальчиков остались такие серьезные заболевания как задержка психического развития, лордоз, сколиоз, миопия, нарушение функции щитовидной железы.

Наблюдения за этой же группой подростков в динамике 6 и 12 месяцев пребывания в СРЦ позволило говорить о некоторой тенденции к улучшению показателей физического развития подростков. Наибольшие позитивные изменения регистрировались по показателям веса. Так, увеличение веса до средних величин наступило к концу года у 30,8% мальчиков (при поступлении 23,1%). У девочек нормализация веса проходила более интенсивно, чем у мальчиков: увеличение веса до средних величин регистрировалось к концу года у 85,7% (при поступлении 42,8%, $P < 0,05$).

Таблица 3

Динамика показателей физического развития подростков в течение 6 и 12 месяцев пребывания в СРЦ (в%)

| Пол | Рост | | | Вес | | | Окружн. гр.кл. | | |
|-----------------|------------|------------|----------|--------------|------------|----------|----------------|------------|----------|
| | Соответств | Отставание | Превышен | Соответствие | Отставание | Превышен | Соответствие | Отставание | Превышен |
| При поступлении | | | | | | | | | |
| М | 0 | 100,0 | 0 | 23,1 | 76,9 | 0 | 30,8 | 69,2 | 0 |
| Ж | 71,4 | 28,6 | 0 | 42,8 | 57,2 | 0 | 71,4 | 28,6 | 0 |
| Через 6 мес. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------|------|------|---|------|------|---|------|------|---|
| М | 7,8 | 92,2 | 0 | 23,1 | 76,9 | 0 | 30,8 | 69,2 | 0 |
| Ж | 71,4 | 28,6 | 0 | 71,4 | 28,6 | 0 | 71,4 | 28,6 | 0 |
| Через 12 мес. | | | | | | | | | |
| М | 7,8 | 92,2 | 0 | 30,8 | 69,2 | 0 | 30,8 | 69,2 | 0 |
| Ж | 75,7 | 24,3 | 0 | 85,7 | 14,3 | 0 | 85,7 | 14,3 | 0 |

По другим показателям физического развития – росту и окружности грудной клетки – позитивные изменения отмечались только у девочек.

Таким образом, изучение показателей физического развития в динамике 6 и 12 месяцев пребывания в СРЦ выявило лишь некоторую тенденцию к нормализации физического развития подростков. Через год наблюдения средние показатели роста, веса и окружности грудной клетки регистрировались только у части подростков (30,8 – 85,7%), имели место низкие показатели (14,3-92,2%). Чаще всего низкие показатели физического развития определялись у мальчиков, ими были показатели роста. Аналогичные результаты выявлены и при изучении физического развития по методу индексов.

Нарушения состояния здоровья и несоответствующее возрасту физическое развитие подростков отражаются на их школьной успеваемости. Учебный процесс дается подросткам с трудом, сказываются большие пробелы в знаниях, нежелание и неумение овладевать знаниями. По точным наукам (математика, физика, химия) все подростки имеют только удовлетворительную оценку. В познании гуманитарных наук картина следующая: появилась оценка «хорошо» (23,0-43,0% детей), но большая часть (43,0-54,0%) имеет оценку «удовлетворительно». Многие школьники (14,0% девочек и 23,0% мальчиков) не смогли освоить эти дисциплины и получили неудовлетворительные оценки за год. По физической культуре результаты более успешные: все дети имеют положительные оценки - 15,0 мальчиков и 43,0% девочек имеют оценку «хорошо», 57,0 девочек и 85,0% мальчиков - удовлетворительную итоговую оценку.

ВЫВОДЫ:

1. Дети, поступающие в учреждение, имеют разнообразные проблемы со здоровьем. У них выявлены заболевания различной этиологии: инфекции органов дыхания, дефицит веса и педикулез.

2. Среди выявленной патологии у детей преобладают нарушения психической сферы - 47,2%, эндокринные нарушения и заболевания лор-органов – по 16,7%, нарушения зрения – 11,3% и нарушения опорно-двигательного аппарата - лордоз, сколиоз - 8,3%.

3. Физическое развитие подростков при поступлении в центр не соответствовало средним возрастным величинам. Особенно неблагоприятные показатели регистрировались у мальчиков. У них отставание достигало: в росте 18 см, в весе – 19-23 кг, в окружности грудной клетки – 13-16 см.

4. Реабилитационный период у детей протекает медленно. За время пребывания в СРЦ у подростков наметилась тенденция к улучшению их состояния здоровья. Через 6 месяцев пребывания в центре значительных изменений не наступило. Через 12 месяцев у девочек и у мальчиков существенно снизилось число заболеваний лор-органов, а достоверное улучшение психической сферы отмечалось только у девочек. Наблюдение за динамикой физического развития детей в течение 6 и 12 месяцев позволяет говорить о некоторой тенденции к улучшению показателей физического развития подростков, что более четко прослеживается по показателям веса.

5. Несмотря на некоторые позитивные изменения в состоянии здоровья и физическом развитии детей, на конец наблюдения средние показатели роста, веса и окружности грудной клетки регистрировались только у части подростков (30,8 – 85,7%). У большинства детей имели место низкие показатели (14,3-92,2%). Чаще всего низкие показатели физического развития определялись у мальчиков, ими были показатели роста.

6. Недостаточная реабилитация детей в социально-реабилитационном центре свидетельствует о том, что до поступления дети находились в антисанитарных условиях, испытывали недостаток питания, не получали медицинской помощи, имели контакт с инфекционными больными и страдали от аморального образа жизни родителей (пьянство, наркомания).

Очевидно, выраженная социальная запущенность детей, поступающих в центр уже в подростковом возрасте, оказывает устойчивое и крайне негативное влияние на здоровье и физическое развитие детей, которое отражается и на школьной успеваемости, а все усилия педагогического и медицинского коллектива центра не приносят желаемых результатов. Поэтому начинать реабилитацию детей, входящих в группу риска, необходимо в более раннем возрасте.

Литература:

1. Общая социология. Хрестоматия. Здравомыслов А.Г., Лапин Н.И., 2006.- 461с.
2. Дубинин С.Н. Социально-психолого-педагогическая реабилитация дезадаптированных детей и подростков // Вестник СамГУ, 2008. № 4 (63), С.301-305.
3. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: Учеб. пособие для вузов. – М.: ТЦ Сфера, 2006. – 192 с.
4. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Диагностика. Профилактика. Коррекция. Учебное пособие. – М.: Аверсэв, 2007. – 368 с.
5. Крыжановская Л.М. Психолого-педагогическая реабилитация подростков.- М.: Владос, 2008. – 123 с.