

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЭРГОТЕРАПИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Л.С. Косяк, И.В. Якимец, И.В. Малькевич

Белорусский государственный университет физической культуры, niifks@mail.ru,
детский дом №3 г. Минска

Социальная адаптация людей с умственными и физическими ограничениями находится в центре внимания нашего государства. Политика Республики Беларусь в отношении инвалидов направлена на осуществление эффективных мер по предупреждению инвалидности, реабилитации и обеспечению им равных возможностей для полноценного участия в жизни общества [2].

В первую очередь, социальная адаптация инвалидов заключается в улучшении качества жизни посредством принятия большого обществом. Для этого создается ряд приспособлений и механизмов, облегчающих жизнь инвалидов. Общественный транспорт, места массовых посещений – такие как магазины, кинотеатры, театры, места общественного питания и др. – должны быть оснащены подъемниками, пандусами, трапами и т.д. Такие приспособления дают возможность инвалидам чувствовать себя увереннее, и позволяют в меньшей степени нуждаться в посторонней помощи.

Кроме этого, уровень социальной адаптации напрямую зависит от проведения адекватного комплекса мероприятий медицинской реабилитации, и особенно от применения средств физической реабилитации и эрготерапии. Цель данной работы – определить роль физической реабилитации в социальной адаптации детей с интеллектуальной недостаточностью дошкольного возраста.

Как известно, нарушение интеллекта у ребенка в подавляющем большинстве случаев сочетается с аномальным развитием двигательной сферы, становление которой неотделимо от познания мира, овладения речью, бытовыми и трудовыми навыками, поэтому важное значение для социализации детей с интеллектуальной недостаточностью имеет уровень сформированности жизненно необходимого фонда двигательных умений и навыков.

Опыт работы с детьми с нарушениями интеллекта как в условиях специального детского сада, так и центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации показывает, что при достаточно раннем начале и правильном систематическом проведении физической реабилитации с включением системы коррекционно-восстановительных мероприятий можно добиться существенных успехов. К старшему дошкольному возрасту у детей, не имеющих дополнительных двигательных нарушений можно сформировать основные движения, в значительной мере выправить осанку, походку, сформировать координацию движений, научить ориентироваться в знакомом пространстве, укрепить их соматически и приблизить их физическое развитие к средней возрастной норме.

Если средства физической реабилитации уже достаточно широко используются в работе коррекционно-развивающих центров, то термин «эрготерапия» в нашей практике еще мало знаком.

Термин «эрготерапия» (от греч. *ergon* – дело, занятие) означает реабилитацию посредством специальным образом подобранной деятельности или занятий, направленных на восстановление или компенсацию утраченных функций, развитие самостоятельности и независимости в повседневной жизни у лиц, которые в силу состояния своего здоровья не могут осуществлять уход за собой, заниматься продуктивной деятельностью, организовывать и проводить свой досуг. Эрготерапия основывается на научно доказанных фактах о том, что целенаправленная, имеющая для человека смысл деятельность помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические).

Все более широкое распространение эрготерапии обусловлено положительными результатами практических экспериментов, достоверно подтверждающих, что улучшить функциональные возможности человека: двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические – помогает именно целенаправленная активность (деятельность), имеющая для него смысл.

Цель эрготерапии – достижение человеком с ограниченными возможностями максимальной самостоятельности и независимости в повседневной жизни.

Суть эрготерапии заключается в специфическом выполнении определенных видов деятельности, соответствующих техник и приемов для того, чтобы повторно достигнуть, улучшить и/или поддержать (сохранить) личную компетенцию действий людей с особенностями психофизического развития в повседневной жизни и работе [1].

Эрготерапевт при работе с детьми с интеллектуальной недостаточностью большое значение уделяет развитию и совершенствованию мелкой моторики, согласованности действий обеих рук, развитию хватательных движений. В этих целях используются игры и упражнения по формированию подражания движениям рук взрослого, а в дальнейшем театрализованные игры для рук.

Важной задачей эрготерапии является выработка способности детей к выполнению ежедневных обязанностей. Навыки по самообслуживанию имеют большое значение для развития самостоятельности и независимости ребенка от окружающих. Эрготерапия создает также предпосылки для посещения школы, адаптации в обществе и для дальнейшей трудовой деятельности. Для решения данной задачи эрготерапевт применяет ADL-тренинг. ADL – это сокращение от английского *Activities for Daily Living* (навыки повседневной жизни).

ADL-тренинг подразделяется на *первичный* и *вторичный*. Первичный тренинг включает в себя развитие способностей, необходимых для приема пищи, соблюдения правил элементарной гигиены и одевания. Вторичный тренинг включает более совершенные способности, такие как сервировка стола, приготовление пищи, уход за одеждой и т. д. Следующим уровнем является социальный тренинг.

ADL -тренинг по системе может и должен быть начат в раннем возрасте, если у ребенка наблюдается явная задержка умственного развития. Такие дети нуждаются в еще большей тренировке органов чувств, моторики и общей стимуляции. Тренинг ADL — это деятельность, преследующая учебные цели; она направлена на стимуляцию нужной функции и, как следствие, на обретение большей самостоятельности. И ребенок, и взрослый, для того чтобы воспринимать то, чему его хотят научить, должен быть готов учиться и хотеть этого. То есть, ребенок должен быть положительно мотивирован на проведение предстоящего занятия.

Проведенные нами педагогические наблюдения за занятиями по эрготерапии показали, что при обучении навыкам самообслуживания тот или иной навык преимущественно отрабатывается сразу же целиком и в дальнейшем многократно повторяется, вначале с помощью эрготерапевта, а затем самостоятельно. Такая последовательность обучения навыкам повседневной деятельности широко освещена в соответствующей литературе. В то же время мы отметили, что дети с нарушениями интеллектуального развития не всегда могут повторить то или иное действие. Проведя анализ научно-методической литературы, мы предположили, что для повышения эффективности данных занятий можно использовать технологию «малых шагов», основанную на основных положениях теории программированного обучения. Суть данной технологии заключается в том, что для того чтобы чему-то научить, необходимо предварительно проанализировать, из каких составляющих складывается каждый навык ADL. Следует разбить каждый навык на отдельные элементы и тренировать каждый из них в отдельности.

Когда мы учим ребенка, например, класть ложку в рот, мы сначала подносим ее как можно ближе ко рту, так, чтобы ее легко было ввести в рот. И очень важно действительно показывать ребенку улыбкой или интонацией, что сделанное им усилие было правильным. Поощрять необходимо для того, чтобы новое легче усваивалось. Нужно ясно представлять себе, чему ребенок должен научиться. Хвалить обычно следует при тренировке новых функций. Когда что-то уже получается, поощрения обычно не требуется.

Ни одна из тренировочных программ не должна казаться скучной и быть в тягость. Программы тренинга ADL приносят максимальную пользу только в том случае, если они проводятся в непринужденной обстановке, в форме игры. От проводимой работы должны получать удовольствие все — и учителя, и ученики.

Для проверки выдвинутой гипотезы об эффективности применения технологии «малых шагов» при обучении навыкам самообслуживания был проведен педагогический эксперимент, заключающийся в сравнении двух групп детей с интеллектуальной недостаточностью: контрольной — КГ и экспериментальной — ЭГ.

До начала исследования все дети, принимающие участие в педагогическом эксперименте, были протестированы с помощью диагностической карты «Социограмма». Оценивались навыки самообслуживания и мелкая моторика.

В ЭГ и в КГ до начала исследования результаты достоверно не различались, что позволяет нам проводить их дальнейшее сравнение. В конце педагогического эксперимента результаты в обеих группах улучшились, однако по всем показателям улучшение в ЭГ более выражено, а именно: по показателям приема пищи в ЭГ прирост результатов составил 36,73%, в то время как в КГ — 14%; по показателям умывания в ЭГ прирост результатов составил 33,3%, в то время как в КГ — 17,95%; по показателям одевания в ЭГ прирост результатов составил 36,1%, в то время как в КГ — 5,5%. В обеих группах хорошие результаты были получены по результатам динамики состояния мелкой моторики, при этом в ЭГ прирост показателей более выражен.

Таким образом, проведенный анализ современной литературы, собственный опыт и результаты педагогического эксперимента позволяют нам сделать вывод о целесообразности включения программ физической реабилитации и эрготерапии в систему коррекционной работы не только с целью нормализации состояния двигательной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью, но и их скорейшей социализации.

Литература:

1. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Пособие для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф.Готан и др.; Науч. ред. С.Е. Гайдукевич. — Минск: УО «БГПУ им. М.Танка», 2007. — 144 с.
2. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: Метод, рекомендации / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. — Минск: Детский фонд ООН, 2005. — 96 с.