

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ КИСТЕЙ РУК

*Работа представлена Санкт-Петербургским научно-практическим центром медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.
Научный руководитель – доктор педагогических наук Е. М. Старобина*

В статье рассматривается специфика социально-педагогической адаптации детей с врожденными и приобретенными дефектами кисти. Освещены основные этапы реабилитационной программы, критерии оценки функции кисти как до и после медицинской коррекции, так и после окончания курса реабилитационных мероприятий. Особое внимание уделяется анализу результатов эффективности проводимой социально-педагогической адаптации, основанной на системе игровых методов для развития социально-бытовых навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: *социально-педагогическая адаптация, социально-бытовые навыки, система игровых методов, дети с врожденными и приобретенными дефектами кисти.*

N. Klimon

RESULTS OF SOCIAL AND PEDAGOGICAL ADAPTATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL AND ACQUIRED HAND DEFECTS

The paper covers the specificity of social and pedagogical adaptation of children with congenital and acquired hand defects. The author describes the main stages of the rehabilitation programme, the criteria of estimating a hand's function both before and after medical correction and after the end of the rehabilitation course. Special attention is paid to the analysis of the results of the social and pedagogical adaptation based on the system of gaming techniques for the development of social and common skills among children with limited health capacities.

Key words: *social and pedagogical adaptation, social and common skills, system of gaming techniques, children with congenital and acquired hand defects.*

Объективные данные, полученные при изучении здоровья подрастающего поколения в России, заставляют серьезно задуматься над проблемой усиления медицинской, социально-психологической, педагогической помощи детям, испытывающим трудности в развитии с самого раннего детства. К сожалению, число детей с ограниченными возможностями, которым необходимы специальные коррекционно-

образовательные услуги, не имеет тенденции к сокращению. Напротив, их количество увеличивается.

В настоящее время в нашей стране существует и успешно развивается система социально-педагогической адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, которая включает формирование, коррекцию, компенсацию утраченных функций и при-

способление ребенка к условиям социальной среды педагогическими методами.

В отличие от сложившегося медицинского подхода, данная система предусматривает использование потенциала индивидуального развития, стимулирующего преодоление ребенком своих ограниченных возможностей.

Предметная деятельность, как и навыки самообслуживания у здоровых детей, формируются и развиваются в определенный возрастной период. Дети, родившиеся с какой-либо патологией или перенесшие серьезную травму, вынужденно отстают в приобретении двигательных и социально-бытовых навыков.

Возникает необходимость помощи такому ребенку в достижении определенного уровня развития движений, навыков по самообслуживанию, соответствующих возрасту.

Специалисты нашего центра разработали и внедрили программу социально-педагогической адаптации детей с врожденными и приобретенными дефектами верхних конечностей по развитию функциональных возможностей кисти и формированию социально-бытовых навыков, после хирургической коррекции дефектов кисти и протезирования с использованием игровых методов.

Разработка индивидуальной программы в каждом конкретном случае осуществляется при первичной диагностике и корректируется в зависимости от возраста ребенка, уровня его психофизического развития, имеющегося дефекта, и включает следующие этапы:

- предоперационная (предпротезная) диагностика функций кисти;
- диагностика функций кисти после операции или протезирования;
- проведение курса коррекционных занятий по социально-педагогической адаптации;
- диагностика функций кисти после коррекционных мероприятий.

Оценка функции кисти проводилась по 4-балльной системе:

1 балл – не может удерживать предмет самостоятельно;

2 балла – может удерживать предмет с трудом или с помощью взрослого;

3 балла – может удерживать предмет с небольшими затруднениями;

4 балла – может удерживать предмет без затруднений.

На основании разработанных критериев осуществлялось выявление сформированных компенсаторных механизмов, используемых ребенком в повседневной жизни, исследование новых функциональных возможностей больного после оперативного вмешательства, а также изучение изменения качества жизни ребенка после посещения коррекционных занятий. Учитывались возрастные особенности и уровень развития ребенка.

В рамках нашей работы к настоящему времени прошли социально-педагогическую адаптацию 70 детей в возрасте от 1 года до 16 лет. Количество детей в зависимости от возраста представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение детей, прошедших социально-педагогическую адаптацию, по возрастным группам

Возраст	Количество детей	
	абс., чел	%
от 1 года до 3 лет	20	29
от 3 до 7 лет	31	44
от 7 до 16 лет	19	27
Всего	70	100

Как видно из табл. 1, преобладающее количество детей, участвовавших в социально-педагогической адаптации – дошкольники. Ведущим видом деятельности данного возраста является игра. Это оптимальное психолого-педагогическое средство, которое позволяет всесторонне влиять на развитие ребенка.

В игру вовлекаются все стороны личности: ребенок двигается, говорит, воспринимает, думает; в процессе игры активно работают все его познавательные способности: мышление, воображение, память, речь, усиливаются эмоциональные и волевые проявления, формируются навыки самообслуживания и т. д.

В качестве основы реализации программы социально-педагогической адаптации использовалась система игровых методов, соответствующих возрастным особенностям ребенка и способствующая его эффективной адаптации в среду сверстников.

Среди участников программы мальчиков – 39 человек (56%), девочек – 31 человек (44%), дети с врожденными дефектами кисти – 61 человек (87%), с приобретенными – 9 человек (13%). Этап хирургической коррекции прошли 55 детей (79%), протезирования – 15 детей (21%).

На сегодняшний день 39 детей (56%) окончили полный курс социально-педагогической адаптации (от 10 до 15 занятий в зависимости от патологии). 31 человек (44%) – неполный курс мероприятий (от 2 до 9 занятий) и были выписаны из клиники с индивидуальной программой по домашнему этапу адаптации.

Результаты оценки функции кисти у детей с врожденными и приобретенными дефектами рук до операции / протезирования, после операции (протезирования), после проведения мероприятий социально-педагогической адаптации приведены в табл. 2.

В результате анализа и статистической обработки полученных данных было выявлено следующее.

По показателям функциональных возможностей кисти отмечалось достоверное отличие ($p \leq 0,05$) между средними значениями до хирургической коррекции ($1,67 \pm 0,10$ баллов) в группе детей, имеющих врожденные дефекты

кисти и после нее ($1,78 \pm 0,11$ баллов). У детей с приобретенными дефектами по данной позиции средний показатель совершенствования кисти намного выше $2,69 \pm 0,17$ ($p \leq 0,05$). После проведения коррекционных занятий в рамках социально-педагогической адаптации у данного контингента детей наблюдаются существенные изменения функции кисти как после хирургической коррекции врожденных дефектов $2,82 \pm 0,10$ ($p \leq 0,001$), так и приобретенных $2,93 \pm 0,24$ ($p \leq 0,05$).

Таким образом, необходимо отметить, что результаты социально-педагогической адаптации существенно повышают эффект хирургического лечения независимо от вида дефекта. Эти данные могут свидетельствовать о том, что проведение мероприятий социально-педагогической адаптации сразу после операции существенно повышает эффективность реабилитации уже на ее ранних этапах.

Положительная динамика совершенствования функции кисти у детей с врожденными и приобретенными дефектами рук наблюдается в результате использования методов социально-педагогической адаптации как после хирургической коррекции, так и после протезирования (табл. 3).

Таблица 2

Результаты оценки функции кисти у детей с врожденными и приобретенными дефектами кисти после медицинской и социально-педагогической адаптации

Вариант дефекта	Количество детей, чел.	Совершенствование функции кисти		
		до операции (протезирования)	после операции (протезирования)	после социально-педагогической адаптации
Врожденные дефекты кисти	61 (100%)	$1,67 \pm 0,10$	$1,78 \pm 0,11$	$2,82 \pm 0,10$
Приобретенные дефекты	9 (100%)	$1,89 \pm 0,31$	$2,69 \pm 0,17$	$2,93 \pm 0,24$

Таблица 3

Результаты совершенствования функции кисти у детей с врожденными и приобретенными дефектами рук после хирургической коррекции и протезирования

Диагноз	Количество детей, чел.	Функции кисти		
		до операции (протезирования)	после операции (протезирования)	после социально-педагогической адаптации
Хирургическое вмешательство	55 (100%)	$1,64 \pm 0,11$	$1,73 \pm 0,11$	$2,91 \pm 0,11$
Протезирование	15 (100%)	$1,33 \pm 0,16$	$2,53 \pm 0,17$	$2,67 \pm 0,19$

В контексте анализа эффективности проводимых социально-педагогических мероприятий представляют интерес сравнительные показатели результатов функции кисти до медицинской коррекции и после проведения мероприятий по социально-педагогической адаптации.

В результате хирургической коррекции (сразу после нее) новые функциональные возможности кисти составляют в среднем $1,73 \pm 0,11$ ($p \leq 0,05$), тогда как после протезирования $2,53 \pm 0,17$ ($p \leq 0,001$).

Из данных, приведенных в табл. 3 видно, что наибольший эффект мероприятия социально-педагогической адаптации дают после хирургического вмешательства и составляют $2,91 \pm 0,11$ ($p \leq 0,001$).

Таким образом, необходимо отметить, что при выполнении игровых заданий, предложенных с учетом мотивации дефекта кисти и уровня психофизического развития ребенка,

последовательно решаются задачи по тренировке мышц пальцев и кисти в целях формирования возможных видов схвата и основных навыков самообслуживания. Это помогает детям быстрее и лучше адаптироваться к своим новым возможностям и к окружающей среде через естественную для них игровую деятельность.

В связи с этим рассматривать игру нужно не только как обязательную принадлежность к детству, но и как значимый элемент социально-педагогической адаптации, которая позволяет ребенку с ограниченными возможностями быстрее адаптироваться к повседневной жизни и подготовит к вхождению в социум.

Если не будет благоприятных условий, способствующих своевременному овладению ребенком постепенно усложняющихся игровых умений, то его возможности на каждом этапе развития могут остаться не реализованными.