

Лазаренко К.П.

Асистент кафедри гігієни та екології №2

Харківський національний медичний університет

Особливості успішної адаптації дітей-інвалідів з патологією опорно-рухового апарату.

*Тепер, коли ми навчилися
літати по повітрю, як птахи,
плавати під водою як риби,
нам не вистачає лише одного:
навчитися жити на землі, як люди.*

Б. Шоу

У статті розглядаються питання теорії та практики психофізичної адаптації та соціалізації дітей з інвалідністю та порушеннями опорно-рухового апарату. Спираючись на аналіз сучасного стану процесу соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями в Україні, вивчення практичного досвіду діяльності Центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів та Центрів професійної реабілітації інвалідів, базового законодавства, що регламентує відповідну діяльність цих установ, а також орієнтуючись на науково-теоретичний аналіз інновацій досвідчених вітчизняних і зарубіжних педагогів-науковців і практиків у галузі соціального захисту інвалідів, автором були визначені умови забезпечення ефективності адаптації та соціалізації дітей з інвалідністю та порушеннями опорно-рухового апарату.

Ключові слова: захворювання опорно-рухового апарату, інвалідність, адаптація, психофізична реабілітація, соціалізація.

В статье рассматриваются вопросы теории и практики психофизической адаптации и социализации детей с инвалидностью и нарушениями опорно-двигательного аппарата. Опираясь на анализ современного состояния процесса социализации лиц с ограниченными психофизическими возможностями в

Україне, вивчення практичного досвіду діяльності Центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів і Центрів професійної реабілітації інвалідів, базового законодавства, регламентуючого відповідальну діяльність цих установ, а також орієнтуючись на науково-теоретичний аналіз інновацій досвідчених вітчизняних і зарубіжних педагогів-вчених і практиків в області соціальної захисту інвалідів, автором були визначені умови забезпечення ефективності адаптації і соціалізації дітей з інвалідністю і порушеннями опорно-двигального апарату.

Ключевые слова: захворювання опорно-двигального апарату, інвалідність, адаптація, психофізична реабілітація, соціалізація.

The article deals with the theory and practice of the psychophysical rehabilitation and socialization of children with disablement and musculoskeletal disorders. The study of the process of the adaptation and socialization of disabled individuals in Ukraine, the practices of the Centers of the early rehabilitation of disabled children and the Centers of the professional rehabilitation of disabled adults, basic legislation regulating their work, as well as guided by the theoretical and practical analysis of the innovations offered by experienced national and foreign practitioners and researchers in the area of the social protection of people with disabilities, the author of the article was able to define the conditions of ensuring the efficiency of the adaptation and socialization of children with disablement and musculoskeletal disorders.

Key words: musculoskeletal disorders, disablement, adaptation, psychophysical rehabilitation, socialization.

Проблема інвалідності цікавила людей з глибокої давнини. Люди, що страждають від важких недуг і мають обмежені можливості для життя і діяльності, традиційно були одним з об'єктів благодійності і милосердя.

Заданими ООН, у світі налічується приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це складає 1 / 10 числа

жителів нашої планети. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що кількість таких жителів у світі досягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту і 10% дітей з іншими психічними і фізичними вадами). Усього у світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями.

Інвалідність є важливим індикатором оцінки стану популяційного здоров'я поряд із показниками захворюваності, медико-демографічних процесів, критеріїв фізичного розвитку, тощо. Особливо важливе значення надається цьому показнику в аналізі здоров'я дитячого населення.

Впродовж останніх років в Україні спостерігається негативна динаміка популяційного здоров'я дітей, про що свідчать медико-статистичні показники.

Це, зокрема, зниження показників фізичного розвитку дітей, підвищення рівня захворюваності та інвалідності.

В Україні впродовж багатьох років рівень інвалідності, як один з показників здоров'я населення, залишається досить високим. Зростання інвалідності в нашій країні свідчить про зниження рівня здоров'я нації в цілому.

В останні роки відбуваються несприятливі зміни у віковому складі інвалідів, а саме, збільшення чисельності інвалідів молодого віку, в тому числі з дитинства.

В даний час в Україні 1,6 млн. дітей належать до категорії осіб з обмеженими можливостями здоров'я і потребують спеціальну освіту і соціальне виховання, що відповідають їх потребам. В Україні частота дитячої інвалідності за останнє десятиліття збільшилася в два рази.

Щорічно в країні народжується близько 30 тисяч дітей з вродженими спадковими захворюваннями, серед них 70-75% є інвалідами.

У структурі захворюваності дітей особливе місце належить порушень опорно - рухового апарату, в тому числі викривленням хребта. Поширеність сколіотичної хвороби становить у різних вікових групах серед дітей і підлітків 35 % [1].

Функціональні порушення постави не розглядаються як захворювання, проте, впливаючи на організм зростаючої дитини, дефектна постава створює умови для несприятливого функціонування внутрішніх органів, що в свою чергу призводить до виникнення різних захворювань. Тому усунення функціональних порушень постави у дітей є профілактикою цілого ряду ортопедичних і органічних захворювань у дітей і дорослих.

Діти з прогресуючими формами сколіозу - це реальні інваліди, які поповнюють соціально невлаштовану категорію населення. Все це позначається на динаміці розвитку розумових та пізнавальних здібностей дітей, що дуже рідко виражається в процесі навчання таких хворих дітей в умовах звичайних загальноосвітніх шкіл. Підвищена стомлюваність, психологічне перевантаження від швидкої змінюваності навчальних ситуацій і інші фактори соціально-психологічного характеру ведуть до того, що у таких дітей падає мотивація навчання, виникає почуття непевності в собі, що переходить в подальшому в замкнутості.[2]

До порушень опорно-рухового апарату (ПОРА) відносять поліомієліт, дитячий церебральний параліч, ампутацію кінцівок, хребтово-спинальну травму та інше.

Суттєве значення у психології осіб з даними вадами має група інвалідності. Так, наприклад, С. М. Попов виділив психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА залежно від групи інвалідності:

Інваліди I групи з дитинства - психологічно найменш сприятливий контингент. Самооцінка їх низька, відношення до людей суперечливе. З одного боку, їм властива емоційна незрілість, з іншого - їх обтяжує положення опікуваних.

Інваліди II групи з дитинства відрізняються відносною психічною стабільністю. У них вище, ніж у інших інвалідів, самооцінка; вони відчують себе найбільш особистісно сильними, у них найменше виражена депресивність. У цієї категорії інвалідів міжособистісні відносини взагалі стабільні і благополучні, вони не виглядають

ізолюваними від інших людей. Ці інваліди краще уловлюють нюанси взаємин з оточуючими, найбільш пластичні в спілкуванні. Правда, за цим зовнішнім благополуччям стоїть, як показали дослідження, індиферентність, байдужість до оточуючих, недостатнє емоційне включення у взаємини з товаришами. Характерною для них є установка на своєрідну співпрацю з інвалідами інших нозологій, розподіл на «своїх» та «чужих», причому «чужі» свідомо оцінюються нижче, ніж інваліди зі «своїм» захворюванням. Така установка, звичайно, ускладнює спілкування.

Інваліди III групи з дитинства унаслідок порушень опорно-рухового апарату, здавалося б, через незначну вираженість дефекту повинні найкращим чином пристосуватися до життя в суспільстві. Проте насправді все це є прямо протилежне: у цих інвалідів виявляється значна психологічна дезадаптація, їх самооцінка суперечлива. Зовні, на усвідомленому рівні вона завищена, проте це лише компенсація глибоко лежачого, неусвідомленого почуття неповноцінності, відмінності від інших. Їх загальне відношення до оточуючих більш негативне, ніж у інвалідів I і II групи з дитинства. При цьому їх міжособистісне сприйняття найменше диференційоване, вони менш пластичні в міжособистісних контактах. Таке психологічне неблагополуччя інвалідів III групи з дитинства пояснюється їх невизначеним, «проміжним» положенням між хворими і здоровими людьми.

Особливу категорію складають інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, придбаними в більш дорослому віці. Ці люди пережили кризу, деформацію звичних відносин з навколишнім світом. У них, як і у інвалідів III групи з дитинства, загальне відношення до оточуючих негативне, ніж у інших категорій інвалідів. Особливо складні і суперечливі їх відносини з близькими людьми. Насторожує в них їх пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити. [3]

Можливість патологічного формування особистості дітей-інвалідів з патологією опорно-рухового апарату, що має не стільки біологічну, скільки соціальну основу. Таким дітям притаманні нестабільність нервово-психічних процесів, високий рівень реактивної й особистої тривожності, нестійкість до фрустрації. Вони важко переживають свою неповноцінність, незадоволені статусом у колективі, у них формуються егоцентризм, підвищене навіювання, агресивність. Поряд із відсутністю ігрового досвіду це призводить до того, що на момент вступу до школи дошкільники з руховими порушеннями не мають навичок поведінки у колективі ровесників.

Певні порушення спостерігаються й у формуванні мотиваційної сфери. Для більшості дітей цієї категорії аналіз мотиву вчинку виявляється недоступним, а його оцінка здійснюється на основі «ефекту дії». З віком аналіз мотивів учинків формується, але темп цього формування дуже уповільнений. Проте саме розвиток навчальної мотивації має вирішальне значення у підготовці дитини до школи.

Здатність до шкільного навчання передбачає не лише психічну, а й фізичну підготовку дітей до засвоєння знань, умінь і навичок. При цьому важливу роль відіграє розвиток рухових навичок і дрібної моторики рук, хоча у дітей із вадами опорно-рухового апарату функції значно порушені.

Страждають і загальні рухи, і дрібна моторика, і координація. У багатьох дошкільників виявляються патологічні установки, контрактури, деформації рук. Наслідком цього стає скорочення обсягу рухів у суглобі плеча, передпліччя, кисті, обмеження розгинання передпліччя в ліктьовому суглобі, а також обмеження супінації (положення руки, коли кисть повернута долонею догори). У цих дітей спостерігається недостатня сформованість функції кисті і пальців.

Внаслідок неповноцінності фізичного розвитку на психічний стан дітей впливає велика кількість негативних факторів, що викликають труднощі в адаптації в суспільстві. Слід зазначити взаємозв'язок погіршення фізичного стану з психосоціальним здоров'ям дітей, оскільки спостерігається соціальна

дезадаптація, занижена самооцінка, низька успішність у школі, симптоми психічних розладів за цієї причини діти з хронічними соматичними порушеннями часто страждають психогенними захворюваннями та особистісної дезадаптацією і, як наслідок, мають належний негативний психоемоційний фон.

Нерідко ця психопатологічна ситуація супроводжується спотвореним сприйняттям щодо причини, перебігу та наслідків захворювання, а це може ускладнювати процес одужання та особистісної реадaptaції пацієнта.

Середина є тим фактором, який провокує включення інстинктивних програм регуляції поведінкових реакцій за допомогою психомоторних механізмів, тому можливі дисфункції даних реакцій для дітей з обмеженими фізичними можливостями і порушеннями в психоемоційній сфері.

Патологічні поведінкові реакції спостерігаються в тому випадку, якщо вони супроводжуються зниженням адаптації. При цьому необхідно враховувати низьку вихідну адаптаційну здатність дітей з ортопедичними патологіями.

Зокрема, від ступеня впливу психоемоційного стану на поведінкові реакції залежить спосіб життя, який є провідним фактором стану здоров'я.

Соціалізація осіб з ПОРА – це не лише опіка, турбота про людей з інвалідністю, але й сукупність заходів, які допомагають людині стати впевненою у своїх силах, сприяють її власній активності. Педагогічна умова забезпечення ефективності комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату пов'язана з оптимізацією діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища, яка ґрунтується на комплексному, особистісно орієнтованому підході, щодо надання медико-соціальної, психологічної, педагогічної допомоги особам з ПОРА шляхом використання педагогічних технологій, що забезпечують урахування особливостей інвалідів та сприяють їхній соціальній захищеності [4].

В даний час найбільш комплексним і пролонгованим видом лікувально-профілактичної допомоги дітям, хворим на сколіоз, є їх перебування в

спеціалізованих школах - інтернатах, де загальноосвітній процес поєднується з охоронним лікувально-оздоровчим, коригуючим та тренуючим режимами [5].

Хоча люди з обмеженими можливостями та їх родини як і раніше нашковхуються на бар'єри у взаєморозумінні та спілкуванні з іншими людьми, в цілому ж соціальне ставлення до інвалідів змінюється в кращу сторону.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Інвалідність як соціальна проблема сучасного українського суспільства (Н. М. Комарова, Р. Я. Левін, О. В. Вакуленко) // Український соціум. - 2003. - № 1 (2). - С.38-45

2. Липа В. В., Липа В. О. Формування життєвих компетенцій дітей з особливими освітніми проблемами // Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць (Спецвипуск) / За загальною редакцією В. І. Сипченка. - Слов'янськ, 2006. - С. 139-145.

3. Турубарова А. В. Фактори, які впливають на процес соціалізації підлітків з дефектами та порушеннями опорно-рухового апарату // Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України «Проблеми загальної та педагогічної психології» / За ред. С. Д. Максименка. Т. ІХ, Част. 4. - К., 2007. - С. 363-370.

4. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти: методичний посібник / Є. А. Клопота, Г. Бондаренко, О. А. Клопота, С. А. Бондаренко. - Запоріжжя: ЗНУ, 2008. - 114 с.

5. Державні санітарні правила і норми «Гігієнічні вимоги до улаштування, утримання і режиму спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, та навчально-реабілітаційних центрів» № 144 від 20.02.2013р.