

Комплексный подход к оказанию психолого-педагогической и медицинской помощи детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

**Якубовская Елена Аркадьевна,
старший преподаватель
кафедры специальной педагогики
Института инклюзивного образования
БГПУ им. Максима Танка**

Концепция системного анализа и системного подхода

Цель – компенсация нарушенных функций. Компенсация нарушенных функций у детей может достигаться двумя путями.

Первый путь – это замещение поврежденных нервных элементов активностью сохранных нейронов в результате перестройки деятельности нейронных структур под влиянием специального обучения.

Второй путь, согласно концепции П.К. Анохина, связан с перестройкой деятельности или формированием новых функциональных систем, включающих проекционные и ассоциативные области коры головного мозга.

Обязательными условиями при реализации системного подхода являются раннее начало восстановительной терапии, этапно-непрерывная организация реабилитации. Этапы процесса нейрореабилитации в рамках системного подхода:

1. Первичная оценка возможностей индивида и видов социальной недостаточности, обусловленных конкретными ограничениями жизнедеятельности.
2. Планирование задач комплексной реабилитации.
3. Собственно методы и приемы комплексной реабилитации.
4. Оценка эффективности достигнутых результатов.

Непрерывность процесса реабилитации обеспечивается профессиональной нагрузочной реабилитацией в условиях стационара в течении 15-25 дней и ежедневной домашней реабилитацией.

Длительность перерыва между этапами профессиональной нагрузочной реабилитации с обеспечением ежедневной домашней реабилитации зависит от состояния ребёнка, динамики восстановления психических, речевых и двигательных функций и составляет от 2-3 до 5-6 месяцев. Как правило, в начале терапии дети получают нагрузочную профессиональную реабилитацию 3-4 раза в год, затем постепенно курсы комплексной реабилитации сокращаются и проводятся 2-3 раза в год.

Важным условием успешности реабилитации является широкое вовлечение родителей в терапевтический процесс и обучение их всем доступным методам психолого-медико-педагогической реабилитации детей. Родители обеспечивают ежедневную домашнюю лечебную физкультуру, круглосуточное соблюдение ортопедического режима, домашние педагогические занятия и полную социальную реабилитацию.

Комплексность реабилитации в рамках системного подхода обычно обеспечивается следующими мероприятиями:

- массаж и лечебная физкультура;
- круглосуточное соблюдение ортопедического режима с применением ортопедических аппаратов, туторов, лонгет, ортопедических стульев, технических средств реабилитации;
- физиотерапевтическое лечение с применением лазерной, магнитной терапии, рефлексотерапии, электрофореза, СМТ-терапии, тепловой терапии, лечебных ванн и гидромассажа;
- обоснованная лекарственная терапия;
- педагогические методы реабилитации с привлечением логопедов, психологов, учителей-дефектологов;
- оперативное лечение строго по показаниям.

За последнее время организация помощи детям с церебральным параличом претерпевает значительные изменения.

Этапно-преемственный, разрозненный подход сменился комплексным, многопрофильным, или, как называют в англоязычной литературе, мультидисциплинарным.

Он характеризуется участием в реабилитационном процессе специалистов разного профиля, составляющих так называемую терапевтическую команду.

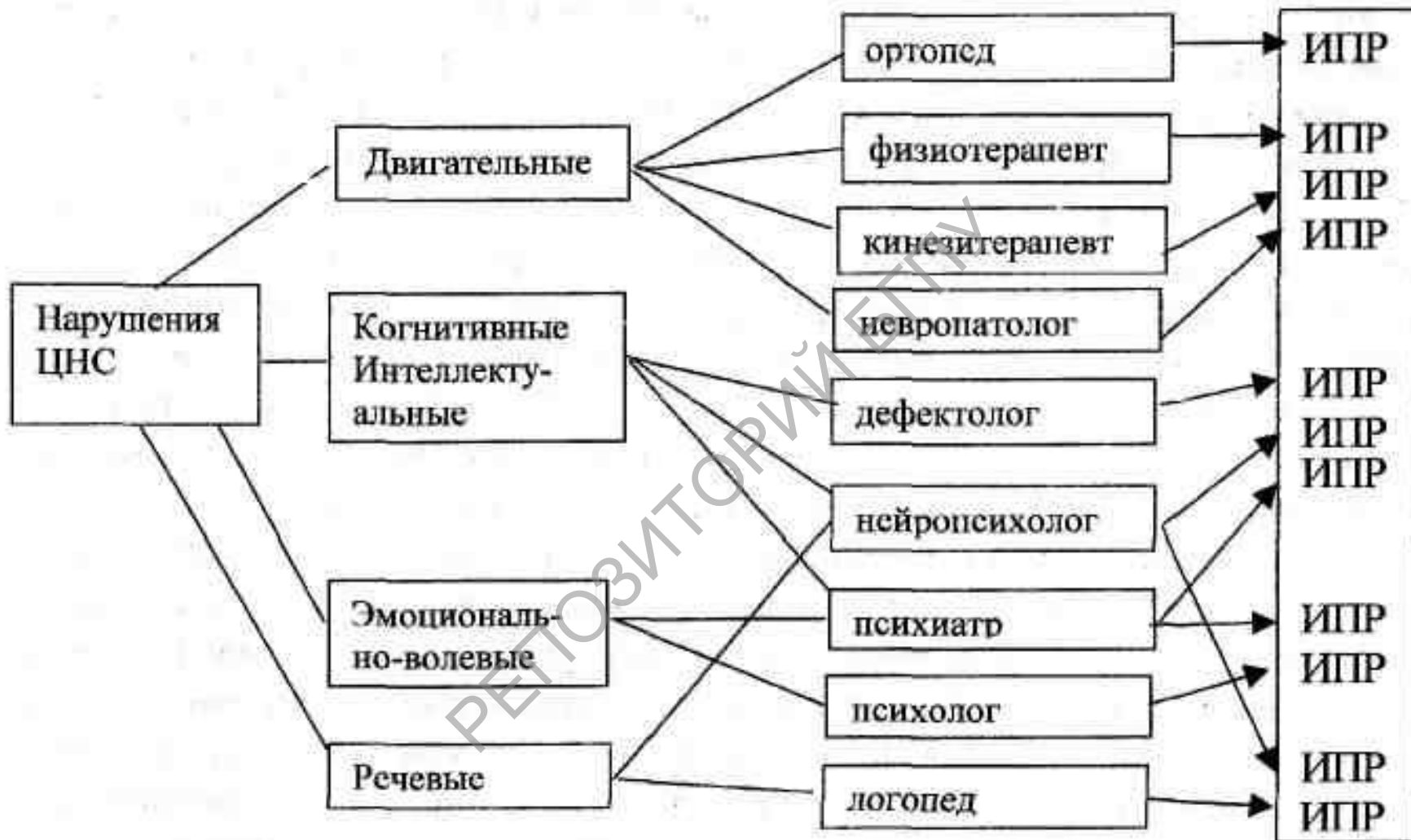


Рис. 1. Модель мультидисциплинарного подхода к реабилитации больных с детским церебральным параличом

Каждый член команды проводит самостоятельное обследование, делает заключение, определяет цели, задачи восстановительного лечения, предлагает реабилитационные мероприятия по своему профилю. Общее заключение о состоянии ребёнка и индивидуальная программа реабилитации представляют собой сумму изолированных заключений и планов в восходящем по значимости порядке. Значимость мероприятий определяется стадией или периодом заболевания.

РЕПОЗИТОРИЙ БГУ

По мнению Г. Г. Шанько, мультидисциплинарный подход имеет ряд недостатков: при стационарной терапии редко продолжается учеба из-за отсутствия педагогов; мало уделяется внимания трудотерапии и вопросам профориентации.

К.А. Семенова считает большим недостатком мультидисциплинарного подхода «жесткую разъединенность специалистов» и отсутствие знаний в смежных областях.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

Недостатком разработки реабилитационной стратегии при данном подходе является то, что ведущими инвалидизирующими факторами ДЦП считаются биомеханические и нейрофизиологические нарушения, на устранение которых направлены все усилия.

Однако между недостаточностью функции и ее следствиями – ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью – не может быть простой связи.

Жизнедеятельность представляет собой интеграцию физических, психологических, социальных функций и обуславливается множеством факторов: влиянием окружающей среды, общества, степенью мотивации самого ребёнка, психологическим состоянием его ближайшего окружения.

Таким образом, повышение нейроортопедического статуса ребенка с ДЦП без воздействия на все вышеперечисленные факторы не приведет к достижению определенного уровня социальной независимости.

Трансдисциплинарный подход

к реабилитации детей с ДЦП направлен на преодоление последствий болезни второго и третьего уровня согласно Международной номенклатуре нарушений (МНН, ВОЗ, Женева, 1989, перев. РАМН, Москва, 1994), т.е. ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

При таком подходе ребёнок рассматривается не как субъект, обладающий совокупностью неврологических, ортопедических и других нарушений, а как личность с особыми образовательными и социальными потребностями, испытывающая определенные трудности в осуществлении свойственных ей возрастных функций.



Рис. 7. Модель трансдисциплинарного подхода к организации реабилитации детей с церебральным параличом

В этом случае оценку состояния больного ребенка, выбор метода и объема реабилитационных мероприятий осуществляет не один специалист по своему профилю (ортопед, кинезиотерапевт, дефектолог и т.д.), а реабилитационная команда.

Педагоги, медицинские и социальные работники, входящие в нее, проводят обследование ребёнка при его поступлении, а затем на медико-психолого-педагогическом консилиуме, называемом реабилитационным советом (РС), обсуждают его результаты и принимают интегрированное заключение, намечают задачи и содержание ИПР.

Повторно РС собирается по завершении индивидуальной программы реабилитации для подведения ее итогов и оценки эффективности.

В работе РС принимают участие специалисты медицинского и педагогического профиля, осуществляющие весь комплекс восстановительного лечения и психолого-педагогической коррекции каждого ребенка

Трансдисциплинарный подход отличается от мультидисциплинарного *следующими признаками:*

Специалисты, составляющие многопрофильную команду, придерживаются единой концепции реабилитации как процесса совместной групповой деятельности.

Все специалисты должны обладать знаниями в смежных областях и иметь представление о приемах и методах коррекционных воздействий других специалистов.

Применяемые специалистами методы должны сочетаться и согласовываться между собой, соответствовать общей стратегии повышения эффективности комплексного реабилитационного воздействия.

От каждого участника многопрофильной команды требуется навык совместной деятельности, т.е. в зависимости от этапа реабилитационного процесса и меняющихся внешних обстоятельств он выполняет различные роли в команде: лидирующую, второстепенную, координирующую.

Помогая коллегам во время обследования, проведения занятий, он принимает при необходимости помощь своих коллег. Члены реабилитационной группы должны уметь находить компромисс в выработке общих решений, проводить обучение персонала, родителей и т. д.

Диагностика ограничений жизнедеятельности ребенка осуществляется как в процессе индивидуального обследования одним специалистом, так и путем совместного наблюдения за его деятельностью несколькими специалистами смежного профиля.

Полноправными участниками процесса восстановления нарушенных у ребенка функций являются родители.

Сравнительная характеристика мультидисциплинарного и трансдисциплинарного подходов к реабилитации детей с ДЦП

Признаки	Мультидисциплинарный подход	Трансдисциплинарный подход
Направленность воздействий по МНН, ВОЗ, 1989	Нарушение (органо-функциональный уровень)	Ограничение жизнедеятельности (личностный уровень)
Оценка степени тяжести больного	Инструментальная оценка органо- функциональных нарушений	Социометрический метод оценки качества жизни
Диагностика	Индивидуальное обследование каждого вида нарушения	Индивидуально-групповой метод оценки каждого вида жизнедеятельности
Содержание ИПР	Сумма изолированных заключений и планов реабилитации по каждому виду нарушения	Интегрированное заключение и комплексная программа реабилитации по каждому виду ограничения жизнедеятельности
Оценка эффективности	Динамика показателей инструментальной оценки органо- функциональных нарушений	Динамика показателей оценки функциональной независимости

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. Симонова, Т.Н., Симонов, В.Г. Реабилитация детей с детским церебральным параличом на основе трансдисциплинарного подхода: Учебное пособие к курсу по выбору/ Т.Н. Симонова, В.Г. Симонов. – СПб.: Изд–во РГПУ им. А.И. Герцена, 2002. – 76 с.