

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА
Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной
работы
Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы

Выпускная квалификационная работа (бакалаврская работа) на тему:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГРОТЕРАПИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ
ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С
ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело

«Допущена к защите»
Протокол № _____ от _____

Исполнитель:
Нектова Валентина Михайловна
(гр. 06-06, заочная форма обучения)

Заведующий кафедрой:
Касимовская Н.А., к.м.н.

Научный руководитель:
Михайловский Михаил Николаевич,
к.псх.н., доцент

«Прошла защиту»

Оценка _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Деятельность медицинской сестры при социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП.....	5
1.1. Социальное положение детей с ограниченными возможностями	5
1.2. Сущность и особенности процесса социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП	10
1.3. Особенности работы реабилитационной медицинской сестры в центре реабилитации.....	12
1.4. Игровая терапия как средство социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП	17
Глава 2. Применение методов игротерапии в сестринской практике при социальной адаптации детей с ДЦП.....	33
2.1. Организация социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП в ГУСО МО «Дмитровский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Остров надежды».....	33
2.2. Исследование влияния игротерапии на уровень социальной адаптации детей младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП.....	37
2.3. Анализ работы медицинских сестёр принимающих участие в повышении эффективности игротерапии при реабилитации детей с ДЦП.....	42
Заключение.....	50
Список источников и литературы.....	53
Приложения.....	56

ВВЕДЕНИЕ

Тема о применении методов игротерапии именно в сестринской практике очень мало изучена.

В работе рассматривается одна из самых актуальных проблем - проблема реабилитации детей с диагнозом ДЦП. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию, а самое главное, это то, что медицинская сестра в своей профессиональной деятельности может и должна способствовать успешной реабилитации таких детей.

В развитии детей с ДЦП, особое место отводится развитию их познавательной сферы. В связи с этим, большое значение приобретают игровые формы обучения и развития детей в специальном коррекционном учреждении. И здесь на первый план выходит игра, как основной вид деятельности детей дошкольного возраста. Немаловажную роль в осуществлении реабилитации детей играет медицинская сестра, умеющая применять методы игротерапии, что и является частью лечения детей с диагнозом ДЦП.

Готовность младших школьников к принятию активной социальной позиции в обществе является результатом большой кропотливой воспитательной работы как воспитателей и педагогов так и участия медицинской сестры.

Именно с помощью игровых методов можно повысить успешность развития познавательной сферы у дошкольников с ДЦП, так как игры активизируют пространственное восприятие, помогают побороть его страхи и опасения. 6-9 лет - возраст страхов у детей, очень значимо уметь медицинской сестре подготовить ребёнка к какой либо процедуре, чтобы добиться положительного эффекта, а так же привить ребёнку интерес к процессу.

Игра - наиболее доступный для детей вид деятельности, способ переработки полученных из окружающего мира впечатлений, знаний. В игре ярко проявляются особенности мышления и воображения ребенка, его эмоциональность, активность, развивающаяся потребность в общении.

Все вышесказанное определило актуальность выбранной мной проблемы: возможность применения игротерапии медицинской сестрой как метод повышения адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП.

Объект - деятельность медицинской сестры при социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП.

Предмет - применение методов игротерапии в сестринской практике при социальной адаптации детей с ДЦП.

Цель исследования - изучить возможности применения методов игротерапии в сестринской деятельности при социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Рассмотреть и проанализировать понятие и методы игротерапии;
2. Проанализировать источники информации по деятельности медицинской сестры в реализации реабилитации младших школьников с ДЦП применяя методы игротерапии;
3. Провести исследование на базе Государственного учреждения социального обслуживания Московской области «Дмитровский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Остров надежды» по применению в деятельности медицинской сестры игротерапии, как средство адаптации и социальной реабилитации детей с диагнозом ДЦП;
4. Анализ анкетирования медицинских сестёр, участвующих в улучшении реабилитации детей с диагнозом ДЦП при помощи методов игротерапии.

Методы, направленные на реализацию поставленной цели:

- теоретические методы: анализ научной литературы, изучение медицинских карт, журнала наблюдений детей.
- эмпирические методы: наблюдение, анкетирование, беседа с реабилитационными медицинскими сёстрами и другими специалистами с

целью получения информации о применении игротерапии в своей деятельности.

1. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

1.1. Социальное положение детей с ограниченными возможностями

Детский церебральный паралич - это ограниченное поражение мозга, которое возникает в период внутриутробного развития, в период родов или новорожденности и сопровождается различными двигательными нарушениями: парезами, параличами, насильственными движениями, нарушением координации [24].

Для заболевания типичны спазмы мышц нижних конечностей, двигательные нарушения и другие изменения в локомоторном аппарате. Отмечается повышение сухожильных рефлексов, мышечного тонуса, понижение мышечной силы и работоспособности мышц, наличие контрактур и деформаций, нарушение координации движений, стояния и ходьбы. Наличие непроизвольных движений. Нередко при этом заболевании нарушается психика, появляются расстройства со стороны черепно- мозговых нервов.

Различают следующие формы детского церебрального паралича: гиперкинетическая, гемипаретическая, спастическая диплегия (болезнь Литтла), двойная гемиплегия. Спастическая диплегия - самая распространенная форма детского церебрального паралича. Она составляет 65% по сравнению с другими формами этого заболевания (Приложение А).

У больных с церебральным параличом отмечается недостаток силы восприятия. Его можно устранить в какой-то степени посредством реализации программы физической реабилитации.

Инвалидность не позволяет детям с отклонениями в функциях опорно-двигательного аппарата правильно выполнять те или иные движения.

В этой связи могут вырабатываться технически неверные движения, а при многократном выполнении дополнительно возникают другие заболевания опорно-двигательного аппарата (периартриты, периоститы, миозиты, потертости и др.) [18].

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков дети делятся на три группы:

1) дети с тяжелыми нарушениями: у некоторых из них не сформировано прямохождение и ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений и навыками самообслуживания владеют частично;

2) дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений (наиболее многочисленная группа): большая часть детей может самостоятельно передвигаться на ограниченное расстояние, они владеют навыками самообслуживания, которые, однако, недостаточно автоматизированы;

3) дети с легкими двигательными нарушениями: они ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

Причинами ДЦП являются ранее повреждение или недоразвитие мозга вследствие хронических заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем организма будущей матери, перенесённые ею инфекционные заболевания (вирусные инфекции, краснуха), несовместимость крови матери и плода по резус-фактору; иногда ДЦП возникает в результате родовой травмы

или асфиксии новорожденных, реже - как следствие менингита, тяжёлых ушибов головы, а также физических факторов и психических травм. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из причин возникновения ДЦП.

Формы расстройств:

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, гипотонии) регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и приводящих двигательных (пирамидных) путей, называется центральным параличом, а ограничение объема движений - центральным парезом.

3. Наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора [18].

Гиперкинезы - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения, Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а иногда делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей, туловища. Тремор - это дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальце-носовая проба).

4. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе, В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего, рук). Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме.

5. Нарушение ощущений движений (кинестезии). Ощущение движений осуществляется при помощи специальных чувствительных клеток (проприорецепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называются мышечно–суставным чувством. У детей с ДЦП бывает ослаблено чувство позы, у некоторых искажено восприятие направления движения [17].

6. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (статокинетических рефлексов). Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище.

7. Синкинезии - произвольные содружественные движения, сопровождающиеся выполнением активных движений.

8. Наличие патологических тонических рефлексов. При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных, безусловно–рефлекторных, двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы.

Развитие моторики при ДЦП чаще всего останавливается на той стадии, на которой тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребенку

может быть 2 года, 5, 10 лет и более, а его длительное развитие будет находиться на уровне 5 – 8-месячного здорового младенца. При тяжелой степени двигательного нарушения ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, не может сам себя обслуживать. При средней степени двигательных нарушений дети могут самостоятельно и уверенно передвигаться как в помещении, так и за его пределами, полностью себя обслуживать, у них достаточно развита манипулятивная деятельность.

Однако у детей могут наблюдаться неправильные позы и положения, нарушения походки. Для них характерны неловкие и замедленные движения, снижена мышечная сила [16].

Предположительно, в России 1,5 миллиона таких детей. Около 30% болеющих – имеют тяжелые формы расстройств.

Создание оптимальных условий для воспитания, обучения, успешной коррекции нарушений, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации этих людей, относится к числу важнейших задач. Как и все в нашей жизни, под воздействие различных факторов претерпевает изменение и общественное сознание [28].

Однако, по отношению к инвалидам оно, к сожалению, меняется слишком медленно. По-прежнему общество относится к этой проблеме как вторичной, до которой пока не доходят руки. Но, оттягивая решение проблемы людей с ограниченными возможностями, мы отдаляем создание правового цивилизованного общества и государства [20].

Вывод:

Как уже было сказано, одна из причин возникновения церебрального паралича - это повреждение какой-либо части мозга, управляющей движениями; но могут быть также повреждены и другие части мозга, которые отвечают за иные функции.

Наиболее частыми причинами происхождения детского церебрального паралича являются:

- интоксикации;
- экологические вредности;
- нейроинфекции;
- последствия острых и хронических заболеваний матери.

При детском церебральном параличе наблюдается синдром зависимости тонуса скелетных мышц от положения тела: при положении лежа тонус мышц в той или иной степени приближается к нормальному, но как только больной принимает вертикальное положение, тонус мышц приобретает признаки спастичности или ригидности.

Реабилитация при ДЦП - важный этап лечения детей. Нужно помочь таким детям приспособиться к жизни. И тут многое зависит от родителей. И от коллектива, в котором воспитывается ребенок. Малыш должен знать и понимать, что он «не такой, как все». Но это не значит, что он хуже. Адаптация ребенка с ДЦП в жизнь здоровых сверстников — это обязательная социальная прививка.

1.2. Сущность и особенности процесса социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП

В процессе социализации люди обучаются тому, как себя вести, эмоционально реагировать на различные ситуации, переживать и проявлять различные чувства; каким образом познавать окружающий природный и социальный мир. Как организовывать свой быт; каких морально-этических ориентиров придерживаться; как эффективно участвовать в межличностном общении и совместной деятельности.

Под социальной адаптацией принято понимать включенность личности в социальную среду, т.е. включенность с систему норм идеологических, социальных и нравственных отношений, утвердившихся в обществе. В данном случае включенность личности в указанную систему ценностей понимается как самоизменение личности в результате взаимодействия с социальной средой и одновременно как воздействие на эту среду. Следовательно, если вести речь о

детях с отклоняющимся поведением, то процесс адаптации для них предполагает некую активность, направленную на преобразование как самих себя, так и той социальной среды, с которой они непосредственно взаимодействуют.

Социальная адаптация выступает как освоение определённых форм материально- практической и духовной деятельности в процессе вхождения личности в новую социальную группу, как процесс включения её в систему совместной социальной деятельности [23].

В случае младших школьников с диагнозом ДЦП потенциал является чаще всего пониженным (в медико- биологическом, психологическом, социально- культурном смыслах); в том числе в силу их индивидуальных особенностей требуется кропотливая специальная педагогическая и воспитательная работа, чтобы максимально раскрыть и реализовать его.

Социальная защита людей с ограниченными возможностями включает систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих условия для преодоления, защиты (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей, участия в жизни общества. Но у таких людей по-прежнему отсутствуют возможности для защиты своих прав. При трудоустройстве у них возникают большие трудности. Чаще всего инвалиды работают на низкооплачиваемых местах [25].

Семьи, в которых появляется ребенок-инвалид, испытывают сильный эмоциональный стресс. Родители тяжело переживают дефект своего ребенка, считают что инвалидность - клеймо на дальнейшей жизни их чада. Близкие инвалида пытаются скрыть этот факт от окружающих. Большинство инвалидов сталкиваются с проблемой непонимания со стороны окружающих, считают себя изгоями общества, полагая, что большее на что они могут рассчитывать - это жалость. Для того чтобы человек с ограниченными возможностями почувствовал себя полноценным членом общества необходимо создать условия для

преодоления ограничений, возникших в его жизни, предоставить ему равные со здоровыми возможности участия в жизни общества [24].

Вывод:

Дети с церебральным параличом имеют ограничения жизнедеятельности в виде физической независимости и подвижности; способности к получению образования и профессии; возможности вовлечения в активную, общественную жизнь. Будущее детей с ДЦП, их интеграция в социум определяется эффективностью обеспечения их процесса реабилитации. В свою очередь социальная реабилитация выполняет роль одного из механизмов социализации детей-инвалидов.

Главной функцией социализационного процесса является всестороннее развитие личности человека. Социализация осуществляется как в ходе целенаправленного воспитательного воздействия, так и в виде спонтанного влияния многих факторов окружающей социальной среды.

ДЦП является одной из наиболее актуальных проблем в детской неврологии. Социальная реабилитация - восстановление здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями с целью достижения максимальной полноценности их с физической, психической, социальной и профессиональной точек зрения.

1.3. Особенности работы реабилитационной медицинской сестры в центре реабилитации

Реабилитационная медицинская сестра является участником единой реабилитационной команды, которая от обычного стационарного отделения отличается тем, что все специалисты центра в тесном взаимодействии связаны с каждым из своих коллег, под единым общим руководством, работает над каждым конкретным пациентом, стараясь максимально эффективно вернуть утраченные вследствие болезни возможности. Медицинская сестра в процессе ухода обучает детей и контролирует правильность выполнения тех или иных навыков и манипуляций.

При организации сестринского процесса по уходу за ребенком сестринская деятельность направлена на решение психологических проблем и физиологических потребностей пациента.

Медсестринское обследование - один из этапов сестринского процесса - сбор информации о настоящем состоянии здоровья пациента. Сбор данных: физиологических, психологических, социальных требует того, чтобы медицинская сестра обладала дополнительными знаниями основ педагогики и психологии, а также умениями применять методы игротерапии, приемы психологии и педагогики для работы с детьми. Благодаря совместной работе специалистов различного профиля происходит качественная коррекция нарушений и социальная адаптация детей с ограниченными возможностями.

Роль медицинской сестры в центре реабилитации является особенно важной, именно она проводит с детьми больше времени, чем любые другие специалисты, круглосуточно находится вблизи пациента, регулирует различные стороны его жизни и таким образом получает полное представление о проводимом лечении, следит за соблюдением всех реабилитационных мероприятий. Новый полипрофессиональный подход к деятельности сестринского персонала заключается в том, медицинская сестра становится равноправным партнером и активным участником лечебно-реабилитационного процесса.

Должность медицинской сестры многогранна. Это главная организационно-лечебная единица на всех самых ответственных уровнях и участках восстановительного процесса.

Диагностирование и выбор восстановительных средств, мероприятий, особенно оптимальная реализация их, немислимы сегодня без профессионально подготовленных, рационально активных, творчески направленных, преимущественно в организационно-реабилитационном процессе медицинских сестер - основных, академических, менеджеров.

На этапе диагностики, например, важность участия медицинской сестры в постановке расширенного диагноза с указанием причинно-следственной связи, диагноза по уходу за пациентом, расстановки приоритетов медицинского обслуживания, организации всего сестринского процесса, возможных осложнений и своевременных коррекционных средств - очевидна.

На последующих этапах значение задач медсестры возрастает еще больше, ведь главные средства реабилитационного воздействия:

- лечебная физическая культура;
- лечебный массаж;
- физиотерапевтические процедуры .

От организации, творческого подхода, реализации намеченных планов, чуткого и внимательного отношения медицинской сестры к пациенту, прямо зависит результативность реабилитационных мер. Ввиду того, что контакты больных с лечащими врачами не слишком часты, врачу достаточно не «любить», а быть квалифицированным специалистом и порядочным человеком, чтобы пациент пошел на поправку. Медицинская сестра чаще контактирует с пациентами, дает больным все необходимое, оставляя в каждом человеке частичку себя и своей заботы. Медицинская сестра в реабилитологии - не просто должность - это образ жизни.

Медсестра не только творческий организатор реабилитационного процесса, она способна быть грамотным и талантливым воспитателем в рабочем коллективе, в особенности для младшего медперсонала, формируя образ чуткой и истинной «няни», тонкого психолога, уважаемой и обаятельной личности, внутренняя потребность которой состоит:

- во взаимопонимании;
- в отзывчивости;
- в искренности;
- в доброте;
- в справедливости.

В условиях производства значение и роль медицинской сестры снова увеличиваются. Здесь медсестра предопределяет:

- санитарно-гигиенические условия труда;
- вредную биомеханику рабочих операций.

Медицинская сестра регулирует функционирование оздоровительно-реабилитационных саун, всевозможных аппликаций и тому подобное. И все это, обычно, прделывается силами одного человека - медицинской сестры. Только в крайних ситуациях, когда патология прогрессирует, к реабилитационному процессу может подключиться лечащий врач. На долю врача здесь приходится не более 10% всех действий и вмешательств. Все остальные задачи и процедуры выполняет медицинская сестра, а потому ее роль в реабилитации переоценить невозможно.

Специалисты, занимающиеся реабилитацией:

- **Врачи** - (невропатологи, ортопеды, терапевты) помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов. Эти специалисты решают проблемы медицинской реабилитации;
- **Реабилитолог** - врач и психолог в одном лице. В помощи реабилитолога нуждаются люди, пережившие тяжелые физические и психологические травмы. Используя психотерапевтические методики и системы упражнений, адаптирует пациента к восприятию окружающей действительности и взаимодействию с людьми.
- **Реабилитационная медицинская сестра** - основная роль в реабилитации отводится медицинской сестре, т. к. именно она обеспечивает круглосуточный надзор, выполняет назначения врача, т. е. максимально вовлечена в процесс повседневного контакта с больным, и от качества ее работы во многом зависит успех реабилитации. В задачи медицинской сестры входят: контроль над витальными функциями, удовлетворение физиологических

потребностей, удовлетворение потребности в безопасности, профилактика осложнений, удовлетворение социальных потребностей [25].

- **Специалист по физиотерапии** - врач, применяющий для лечения заболеваний целительные свойства различных физических факторов - холода, тепла, магнитных полей, ультразвука, ультрафиолетового излучения и т. д.
- **Специалист по лечебной физкультуре** - врач, помогающий в профилактике различных заболеваний и адаптации организма к высоким нагрузкам, а также играющий большую роль в восстановлении и лечении многих болезней.
- **Специалисты по нарушению зрения, речи, слуха** - работают с детьми с нарушениями зрения, слуха, речи, опорно- двигательного аппарата, интеллекта, с эмоционально- волевыми нарушениями, с задержкой психического развития, а так же с детьми со смешанными нарушениями.
- **Психолог** - детские и подростковые психологи работают для того, чтобы восстановить либо развить какие-то личные качества, индивидуальные психические особенности, утерянные или как-то иначе разрушенные в связи со стрессом, психотравмой, продолжительной депрессией или психическим заболеванием.
- **Психотерапевт** - помогает человеку обнаружить и лучше понять собственные желания, исследовать способы их реализации, найти жизненные смыслы и выстраивать жизнь в соответствии с ними. Умение видеть себя и окружающих такими, какие они есть – это тот навык, который непременно приобретается в процессе психотерапии.-
- **Социальный работник** - это специалист, который оказывает моральную и правовую помощь незащищённым слоям населения

(пенсионерам, людям с ограниченными возможностями, детям-сиротам, детям их неблагополучных семей, беженцам и др.).

Вывод:

Таким образом, можно сделать вывод о том, что работа реабилитационной медицинской сестры в команде со специалистами представляет собой не только максимальное физическое восстановление пациента, но и его личного и социального статуса, способ подхода к человеку с ограниченными возможностями, характеризующемуся разносторонними усилиями, направленными на различные сферы жизнедеятельности и на изменение его отношения к себе и к своей болезни.

Данная служба требует от медицинской сестры опыта, высокой профессиональной подготовки, глубоких знаний в области медицины, педагогики, психологии, социологии и права, а так же умение обучить и психологически поддержать пациентов и членов их семей.

1.4. Игровая терапия как средство социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП

ИГРОТЕРАПИЯ - метод лечебного воздействия на детей и взрослых, страдающих эмоциональными нарушениями, страхами, неврозами и т.п. В основе различных методик, определяемых этим понятием, лежит признание игры важным фактором развития личности.

Одним из первых игру в практике детской психотерапии в качестве вспомогательного метода применил Зигмунд Фрейд (1913) [27]. Он ставил своей задачей выявление через цепь ассоциаций «истинного источника символической игры». Позднее Мелани Кляйн (1932) [27].использовала игру как основной метод психотерапии в детском возрасте. Целью такой игры было доведение путем интерпретации до сознания ребенка его собственных действий, конфликтов, вызвавших болезненное состояние.

В младшем школьном возрасте развиваются сразу несколько видов деятельности. Ведущим видом деятельности в этот период считается игровая

деятельность, однако важное значение имеют также трудовая, учебная, изобразительная и другие виды деятельности. У детей с ДЦП развитие всех видов деятельности проходит своеобразно. Связано это в основном с двигательной патологией, поскольку любая деятельность предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений, в том числе и двигательных.

Различают две формы игротерапии: индивидуальную и групповую.

Групповая игротерапия выступает как форма коррекционной. Принципы её организации следующие (по Захарову А. И.) [22]:

1. Погружение - восприятие мира игры как реальности в данный момент, создание определенного игрового пространства и времени происходящих событий, участие всех детей и взрослых в игре;

2. Равенство игровых отношений - означает отсутствие противопоставленных позиций взрослых и детей, принятие чувств переживаний последних, предоставление им выбирать темы для игры, распределять роли;

3. Спонтанность и импровизация - подразумевает динамизм, эмоциональность, непосредственность, свободное выражение чувств, новизну происходящих событий, отсутствие репетиций, изменение сценария по ходу игрового действия;

4. Организующее начало - это определенный распорядок игровых занятий, подготовка к игре, последовательность действий, а также создание в ней определенных направлений для достижения определенного психотерапевтического эффекта;

5. Условность игрового действия - проигрывание ролей по типу «как будто», «если бы», допускающее полное игровое перевоплощение, но делающее его обязательным;

6. Эмоциональное отреагирование - предоставление возможности эмоциональной разрядки, снятие нервного напряжения в игровой форме;

7. Перемена (чередование) ролей - позволяет проверить, укрепить и развить навыки психологической защиты после эмоциональной разрядки в роли объекта страха, активно формирует умение принимать и проигрывать роли, что является средством достижения более адекватной социализации ребенка.

Выделяют три блока игровой групповой терапии, которые имеют свои методические приёмы, обеспечивающие решение поставленных задач:

1. Первый блок (два занятия) включает объединение детей и взрослых в подгруппы, где обеспечивается создание доброй, безопасной ситуации, где участник чувствует взаимопонимание, поддержку, желание помочь в решении проблем (развлекательные игры, предметные и подвижные игры);

2. Второй блок (восемь - десять занятий) осуществляет основную коррекционную работу в подгруппах детей. Его целями являются: воссоздание проблемы, моделирование социально неадекватных способов взаимодействия с людьми. Помимо коррекции негативных личностных черт и обучения социально желаемым формам общения, добываются диагностические данные, касающиеся психологических особенностей детей. Эти данные позволят дополнить, изменить запланированные методы и приёмы коррекции с учётом индивидуальных проблем каждого ребёнка.

Используются сюжетно- ролевые игры, игры - драматизации, а также неигровые приёмы (совместная деятельность, чтение сказок, рассказов, изобразительная деятельность, мини- сочинения);

3. Третий блок (два занятия). Завершающий, обобщающий этап. Его целью является обеспечение переноса новых психологических знаний в реальную жизнь, обобщение новых способов взаимодействия. Применяются разнообразные игровые и неигровые приёмы, которые развлекают детей и взрослых, способствуют взаимопониманию участников, рефлексии и контролю своего поведения.

Контрольный этап позволяет увидеть эффективность коррекционной работы. Контроль осуществляется с использованием всех диагностических

материалов. Результаты фиксируются, сравниваются с первоначальными данными диагностики. Глубокий анализ результатов поможет определить дальнейшую работу с детьми, дать рекомендации родителям.

Требования к составлению плана занятий игровой терапии с детьми должны учитывать принцип постепенного погружения и выхода из травмирующей ситуации. Начало и конец занятия должны быть ритуальными, чтобы сохранить у ребенка ощущение целостности и завершенности занятия. В занятия включаются игры (упражнения, приемы), которые соответствуют задачам коррекционного этапа, этапа занятия, индивидуальным запросам каждого ребенка, при реализации недирективного, гибкого подхода к занятиям используются дополнительные, альтернативные игры, приемы упражнения [15].

В процессе индивидуальной игротерапии ребенок обеспечивается игровым материалом, и специалист создает ситуацию таких отношений, при которых ребенок может наиболее полно выразить свое «Я» с помощью игры как естественного для него средства коммуникации.

В качестве условий выделяются следующие:

- естественность - конгруэнтность в отношениях с детьми (снятие маски профессионала);
- теплая забота и принятие;
- сенситивное понимание (вхождение в опыт и внутренний мир ребенка);
- построение отношений на основе живого опыта.

Прежде всего определенные требования предъявляются к подбору игрушек. Игрушки и материалы должны обеспечить широкий спектр творческой экспрессии, облегчить выражения эмоций, возбудить интерес ребенка, облегчить экспрессивную и исследовательскую игру, создать возможности для успеха без предписанной структуры.

Рекомендуется применять игрушки, условно разделенные на три группы:

1. Игрушки, воспроизводящие реальную жизнь (кукольное семейство, кукольный домик, машинки, лодки и др.).

2. Игрушки, помогающие отреагировать агрессию (солдатики, ружья, резиновый нож);
3. Игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций - краски, карандаши, бумага, песок, вода и т.д.

Г. П. Щедровицкий определил характеристики, раскрывающие общие подходы к игре. Игра есть:

- 1) особое отношение ребенка к окружающему миру;
- 2) особая деятельность ребенка, которая изменяется и разворачивается как его субъективная деятельность;
- 3) социально заданный, навязанный ребенку и усвоенный им вид деятельности (или отношения к миру);
- 4) особое содержание усвоения (или усвоенное содержание);
- 5) деятельность, в ходе которой происходит усвоение самых разнообразных содержаний и развитие психики ребенка;
- 6) социально- педагогическая форма организации всей детской жизни, «детского общества» [30].

Г.С. Холл и П.П. Блонский выводили игру из взаимодействия двух факторов: биологической природы ребенка и воздействий социальной среды [31].

Грэнвилл Стэнли Холл (1 февраля 1844 - 24 апреля 1924) был пионером американской психологической науки и учителем. Его интересы сосредоточены на развитии детей (педологии) и эволюционной теории. Холл был первым президентом Американской психологической ассоциации и первым президентом Университета Кларка. Наряду с Уильямом Джемсом Холл единственный становился президентом Американской психологической ассоциации дважды (повторно в 1924 году). Он сыграл важную роль в развитии педагогической психологии, а также попытался определить воздействие образования на подростков. Также он ответил на приглашение Зигмунда Фрейда и Карла Юнга посетить их и прочитать курс лекций в 1909 году.

Павел Петроич Блонский (14 мая (26 мая) 1884, Киев — 15 февраля 1941, Москва) — русский и советский философ, педагог и психолог. В 1924—1928 заинтересовался педологией. Круг исследуемых им проблем был чрезвычайно широк. В частности, разрабатывал проблемы, смежные для психологии и педагогики. Считал, что заложенные природой стадии развития человека (которые он понимал сугубо материально) нельзя ускорить.

Лев Семёнович Выготский (5 ноября 1896 - 11 июня 1934) - советский психолог, основатель исследовательской традиции, которая стала известна начиная с критических работ 1930-х годов как «культурно-историческая теория» в психологии. Автор литературоведческих публикаций, работ по педологии и когнитивному развитию ребёнка. По его имени назван коллектив исследователей, известный как так называемый «круг Выготского-Лурии». Подчеркивал «культурный» характер и историческое происхождение игры [30].

Дж. Селли, К. Бюллер, В. Штерн рассматривали игру как проявление воображения или фантазии, приводимой в движение разнообразными аффективными тенденциями. Другие ученые – среди них А. И. Сикорский и Дж. Дьюи – связывали игру с развитием мышления [30].

Джеймс Селли (3 марта 1842 - 1 ноября 1923) - английский философ, психолог, пионер детской психологии в Великобритании. Один из основателей Британского психологического общества. Труды Дж. Селли имели большое значение для практической детской психологии и педологии. Селли исследовал, какие ассоциации и в каком порядке появляются в процессе психического развития детей.

Карл Людвиг Бюлер (27 мая 1879 - 24 октября 1963) - немецкий психолог и лингвист, автор трудов по психологии мышления и языка, по общему языкознанию. Разрабатывал оригинальную концепцию языка, во многом отходящую от сосюрговской дихотомии «язык и речь». Предложил теорию речевого акта, ввёл понятие коннотации, одним из первых начал исследование дейктических единиц языка. Внёс существенный вклад в разработку проблемы

психического развития ребенка, разработав неоднозначную концепцию выделения трёх основных стадий психического развития («инстинкт», «дрессура», «интеллект»).

Уильям Льюис Штерн (29 апреля 1871 - 1938) - немецкий психолог и философ, считается одним из пионеров дифференциальной психологии и психологии личности. Кроме того, оказал большое влияние на зарождающуюся детскую психологию. Создатель концепции интеллектуального коэффициента, которая позднее легла в основу известного теста IQ Альфреда Бине. Отец немецкого писателя и философа Гюнтера Андерса. Штерн изобрёл вариатор тона (1897), что позволило существенно расширить возможности изучения звукового восприятия человека [30].

История педагогики повествует: в 1837 году немецкий педагог Фридрих Фрёбель (21.04.1782 – 21.06.1852) открыл в Бланкенбурге учреждение для игр и занятий маленьких детей и назвал его «Kindergarten» («Детский сад») [29], вкладывая в это слово вполне определенный смысл: дети нуждаются в особых условиях воспитания, так как их мир отличается от нашего. Для того чтобы лучшие душевные качества и природные наклонности детей раскрылись, их нужно возвращать, культивировать, как садовые растения. Этим и занимались добрые «садовницы» - специально обученные и подготовленные женщины.

Ядром педагогики детского сада Фребель считал игру. Раскрывая ее сущность, он доказывал, что игра для ребенка - влечение, инстинкт, основная его деятельность, стихия, в которой он живет, она - его собственная жизнь. В игре ребенок выражает свой собственный внутренний мир через изображение внешнего мира. Воспроизводя в игре жизнь семьи, уход матери за младенцем, ребенок изображает нечто внешнее по отношению к себе, что возможно только благодаря внутренним силам.

Фребель широко использовал игру как одно из средств нравственного воспитания, полагая, что в коллективных и индивидуальных играх, подражая

взрослым, ребенок утверждает в правилах и нормах нравственного поведения, тренирует свою волю.

Говоря о значении игры в жизни ребенка, нельзя не сказать об использовании игр с целью диагностики и терапии.

Наблюдая за ребенком в процессе игры, мы можем оценить умение ребенка сотрудничать, сопереживать, его психо-эмоциональное состояние, уровень развития познавательных процессов и т. д. Игровое поведение детей символизирует неосознанные желания, страхи, предчувствия, удовольствия. Наблюдая за игрой, мы можем оценить уровень развития произвольности поведения, способность удерживать в памяти правила игры и следовать им, способность к принятию самостоятельного решения, умение действовать целенаправленно и сохранять сосредоточенность довольно длительное время.

Игра, должным образом построенная, помогает скорректировать поведенческие нарушения, гасить конфликты, преодолевать трудности общения. Обращая внимание на предпочтительные роли, можно определить, ведомым или ведущим чаще всего желает выступить ребенок. Образцы для игры - формы серьезной деятельности взрослых. В игре формируется воображение, совершенствуются психические процессы, развивается речь, общая координация движений, пространственная ориентация, тонкая моторика и т.д.

Существует множество разных методик психологической помощи детям: игротерапия, сказкотерапия, изо - терапия, песочная терапия и другие. Их эффективность уже давно доказана. Возможно, детский психолог проведёт игротерапию более профессионально, но польза от занятий, которые проводят медицинские сестры и сами родители, еще более очевидна.

Игра имеет исключительное значение для психического развития ребёнка. Она позволяет ему сохранять и приобретать психическое здоровье, определяет его отношения с окружающими, готовит к взрослой жизни. Игра помогает ребёнку приобрести определённые навыки в той или иной

деятельности, в том числе и в общении, усвоить социальные нормы поведения, повышает жизненный тонус, улучшает эмоциональное и физическое состояние. Игра обладает лечебным действием, избавляет от психотравмы, позволяя пережить травмирующие жизненные обстоятельства в облегчённой форме.

Отправная точка начала игротерапии - это полное принятие индивидуальности ребёнка. Уважать его желания, не заставлять его играть насильно, сделать так, чтобы игра приносила радость. Дозировать эмоциональную нагрузку на ребёнка, наблюдать за его самочувствием.

Медицинская сестра Центра выполняет все медицинские назначения, контролирует выполнение всех назначений по реабилитационной программе. Находится в постоянном контакте с родителями ребенка и со всеми специалистами Центра. При восстановительном уходе медсестра помогает своим пациентам, но не делает ничего за них. По возможности старается, чтобы ребенок самостоятельно выполнял правила общей гигиены, например, чистил зубы, умывался, причёсывался, принимал пищу, помогая ребенку стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи насколько это возможно. Обучает родителей правильному уходу за ребенком, подсказывает пути решения тех или иных проблем.

Пациенты, поступающие на отделение, относятся к категории «особые дети» и, условно, делятся на несколько групп:

- Дети, поступающие с родителями
- Дети, поступающие без родителей

В свою очередь каждая из этих группы делятся на подгруппы:

- Дети с врожденными проблемами.
- Дети с приобретенными проблемами.
- Дети, прибывшие после операций из других стационаров.
- Дети, поступившие впервые, так называемы «домашние дети».

Отдельная группа детей - воспитанники специализированных детских домов.

Все эти дети одинаково боятся нового места, новых врачей, медсестер, т.к. у многих есть отрицательный опыт общения с медицинскими работниками в силу тех или иных причин. Это дети разного возраста, проживающие в разных условиях, как бытовых, так и социальных. Они трудно привыкают к новому распорядку дня, новым специалистам, с которыми многие встречаются впервые, к новым процедурам. Некоторые из них боятся новых контактов с другими детьми и взрослыми. Между детьми складываются свои, особые отношения, в целом доброжелательные, но встречаются дети, которые с большим трудом находят общий язык с другими и очень переживают из-за этого. С наступлением ночи все страхи, депрессивные состояния и волнения только усиливаются [26].

На примере применения знания педагогических и психологических приемов, которые используются медсестрой при организации сестринского ухода, направленного на удовлетворение жизненно важных потребностей, можно убедиться в важности дополнительных знаний. Таким примером является применение терапевтической игры как метода обучения и подготовки ребенка к медицинским процедурам.

В подготовке детей к обследованию велика роль медсестры, которая проводит с ними значительную часть времени. От ее знаний и умений отвлечь малыша, успокоить зависит поведение ребенка во время процедуры. В общении с детьми особенно недопустима небрежность персонала, не говоря уже о грубости. В основу работы медицинской сестры должен быть положен принцип, максимально щадящий психику больного ребенка; максимальное ограждение ребенка от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. Следует избегать насилия над ребенком при обследовании, проведении разных медицинских процедур. Для этого необходимо использовать все возможные методы, позволяющие снять состояние страха у маленького пациента. Одним из таких приемов является терапевтическая игра.

Игра является важной частью жизни ребенка и поэтому помогает ему преодолевать беспокойство и депрессию.

- Терапевтическая игра включает два этапа:
- подготовку детей к процедурам;
- общение с ними соответственно их возрастным группам.
- Подготовка детей от рождения до 6 лет к процедурам ведется с родителями, от 12 до 14 лет - без родителей.

- Подготовка к процедуре начинается:

- за 30 мин - 1 час у детей до 3 лет;
- за 1-4 часа у детей до 5 лет;
- за 1-2 часа у детей до 15 лет.

- Дети от 1 года до 3 лет не имеют представления о времени, поэтому время процедуры можно связать со сном. Например: «Это будет после сна». Вместо: «Доктор сделает рентген», необходимо сказать: «Доктор сейчас тебя сфотографирует».

- Действия медсестры:

- хвалить поведение ребенка во время процедуры;
- подготовить игровой материал и необходимое для этой процедуры оборудование, инструментарий, чтобы ребенок мог увидеть и потрогать его;
- позволить ребенку «помогать» во время процедуры: подержать что-то, надеть самому, поиграть (по возможности) или «примерить» кукле;
- не применять отрицательной лексики: «не делай!», «не двигайся!» и т.п.;
- предупредить о возможности боли (обезболить) или сказать о возможной боли во время процедуры.

- Дети от 3 до 5 лет обладают фантазией и богатым воображением, они очень беспокойны, их пугает даже царапина, они боятся телесных повреждений. Им необходимо в деталях представить ход процедуры.

- Действия медсестры:

- ознакомить ребенка с процедурой, дать поиграть с некоторыми инструментами, потрогать (в ходе терапевтической игры);

- ответить на все вопросы, которые ребенок задает о процедуре;

- успокоить;

- наблюдать за поведением ребенка и определить симптомы проявления боли.

- Дети в 12 лет способны понимать многие вещи. Они любят использовать во время терапевтической игры кукол, макеты, и т.д. Их желательно изолировать от сверстников во время подготовки к процедуре (чувство стеснения, кроме того, рассеивается внимание).

- Действия медсестры:

- объяснить, какие части тела будут подвержены процедуре;

- отвлечь внимание ребенка, вводя элементы терапевтической игры;

- успокоить.

- Дети от 12 до 15 лет стремятся к независимости и индивидуальности, их пугают неудачи, изменения, происходящие в их внешности, поэтому:

- с ними нужно открыто обсудить проблемы;

- в терапевтической игре использовать анатомические атласы, рисунки, макеты, оборудование;

- объяснить ясно и в деталях, что они увидят, услышат, почувствуют;

- предложить дыхательные упражнения для устранения стресса или боли.

После окончания исследования ребенка нельзя оставлять одного, следует посидеть возле него, взять его на руки. Отвлекающими моментами являются чтение книг, показ интересной игрушки, оказание помощи старшими детьми младшим. При этом по реакции пациента медицинская сестра оценивает состояние ребенка, чтобы затем внести соответствующие коррективы. Эти показатели контроля служат главным основанием для суждения о результатах проведенного сестринского процесса.

Медицинская сестра, работающая в тесном контакте с родителями больного ребенка, играет существенную роль в подготовке его к обследованию и болезненным лечебным процедурам.

- Терапевтическая игра как один из приемов подготовки ребенка к медицинским процедурам:

- помогает ребенку отличать воображаемое от действительности;
- уменьшает страхи больного ребенка;
- способствует адаптации ребенка к процедурам и медицинскому окружению;
- помогает преодолеть беспокойство и депрессию, почувствовать защищенность и заботу со стороны медицинского персонала;
- способствует более быстрому выздоровлению ребенка.

На примере терапевтической игры видно применение всех этапов сестринского процесса и возможные пути решения проблем пациента.

В результате игровой деятельности у большинства учащихся появилась устойчивая потребность, стремление к социальной активности. Педагог, воспитатель класса и родители отметили положительные изменения в поведении детей: дети стали дисциплинированнее, доброжелательнее, отзывчивее, заинтересованнее. Педагоги свидетельствуют, что дети стали более ответственно относиться к выполнению общественных поручений, проявляя инициативу и творчество.

Существенно изменились и внешние проявления в поведении у детей - они стали заметно аккуратнее, внимательнее, доброжелательнее друг к другу, в их поступках появились исполнительность, ответственность, а так же организованность, самостоятельность, готовность к сотрудничеству.

Прежде всего необходимо отметить, что в жизнедеятельности младших школьников с ДЦП все отчетливее проявлялась осознанная, активно деятельная позиция; в отношениях со сверстниками они целенаправленно стремятся к реализации и утверждению социальных ценностей и норм.

Вывод по Главе 1:

1. Таким образом, детский церебральный паралич - это не просто отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций (как у взрослых при поражении двигательных систем головного мозга) а заболевание, характеризующееся извращенным ходом моторного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику психического развития ребенка, приводя к своеобразной аномалии развития в целом.

Детский церебральный паралич, представляет собой заболевание, объединяющее группу не прогрессирующих, но часто меняющихся синдромов моторных нарушений. Задача педагогов, воспитателей, психологов, социальных педагогов, родителей детей с ДЦП создать условия для максимальной реализации ребенком своих потенциальных возможностей по мере его роста и развития. И нужно начинать как можно раньше - с ранней диагностики младенца с признаками задержки (или расстройства) развития, т.к. выявление заболевания на ранних периодах жизни позволяет улучшить здоровье ребенка. Восстановительные программы должны начинаться как можно раньше. Такие программы включают в себя различные занятия ребенка - его обучение; занятия по развитию речи и слуха; проведение занятий, направленных на социальную адаптацию ребенка; занятий по развитию эмоциональной сферы. Программы такого «менеджмента» должны включать в себя контроль за движениями ребенка, его обучением, речью, слухом, социальным и эмоциональным развитием. В соответствии с различными программами физиотерапевты, терапевты, учителя, медсестры, социальные работники и другие профессионалы помогают как семье, так и ребенку.

ДЦП является самой распространенной причиной детской заболеваемости, среди которых на первом месте - заболевания нервной системы. Церебральный паралич является вторым из наиболее распространенных неврологических нарушений в детстве; первым является

задержка психического развития у детей. На третьем месте - врожденные аномалии.

2. Понятие «человек с ограниченными возможностями» в традиционном подходе ярко выражает дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей. Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности. Бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограничении общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда - и к элементарному образованию. Эта проблема является не только субъективным фактором, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционирует существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Все люди разные и каждый человек неповторим и бесценен для общества. Отношение к людям с ограниченными возможностями во многом зависит от того, насколько часто он появляется в общественных местах.

У большинства людей складывается представление об инвалидах, как о пациентах больниц, которым требуется постоянный уход и противопоказано любое движение. Изменить такое представление об инвалидах в обществе поможет создание для них доступной среды.

Инвалиды должны жить и работать среди здоровых людей, пользоваться наравне с ними всеми благами, чувствовать себя полноценными членами общества.

3. Работа среднего медицинского персонала в Центре отличается определенной спецификой. При выполнении функциональных обязанностей медсестра помимо навыков общего ухода и выполнения обычных процедур, должна иметь некоторые специфические навыки. Необходимо уметь

осуществить психологическую поддержку пациентов и их членов семьи в процессе реабилитации, разъяснить ему необходимость процедур, обучать пациентов, закреплять приобретенные навыки, что требует внимательность, доброжелательности, терпения.

Эти особенности требуют всесторонней подготовки медицинских сестер в областях медицины педагогики, психологии, четкого выполнения своих профессиональных обязанностей, организации труда и планирования всего распорядка дня.

4. Подводя итог, можно сделать заключение, каково же значение игры в жизни ребенка. Игры способствуют развитию мотивационно-потребностной сферы, преодолению «познавательного эгоцентризма» - децентрация (преодоление господства в мышлении ребенка непосредственной позиции и невозможности признать существование других точек зрения), игровые действия приобретают характер умственных действий, развитию произвольности поведения и целенаправленности деятельности, совершенствованию способности к самоконтролю, развитию восприятия, памяти, внимания, мышления и речи, развитию способности к обучению, совершенствованию способности дифференцировать свои эмоции и чувства и управлять ими произвольно.

2. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ИГРОТЕРАПИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

2.1. Организация социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП в ГУСО МО «Дмитровский социально–реабилитационный центр для несовершеннолетних «Остров надежды»

Базой для проведения исследовательской работы по определению влияния игротерапии в сестринской практике, на социальную адаптацию младших школьников с диагнозом ДЦП, стало Государственное учреждение социального обслуживания Московской области «Дмитровский социально–реабилитационный центр для несовершеннолетних «Остров надежды».

Центр был создан в 1998 году во исполнение постановления Коллегии министерства и социальной защиты населения РФ «О мерах по развитию учреждений социального обслуживания семей и детей» и Указа Президента РФ «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и защите их прав» на базе Центра психолого-медико-педагогической помощи Дмитровского района. Центр функционирует на базе Отделения социально-педагогической помощи на основе преемственности и взаимосвязи с территориальными органами и учреждениями социальной защиты населения, образования, внутренних дел, здравоохранения, общественными и др. организациями.

Центр организует поэтапное выполнение индивидуальных и групповых программ социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в части социально-психолого-педагогических мероприятий. Деятельность по реализации индивидуальных программ реабилитации осуществляется как в самом Центре, так и в семьях, воспитывающих детей и подростков с ограниченными возможностями. Основными направлениями деятельности Дмитровского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Остров надежды» являются выявление первичных нарушений, вызванных болезнью, и вторичных отклонений, обусловленных

аномальным развитием в условиях болезни; ликвидация признаков девиации личности, отклонений в психическом развитии детей и подростков с ограниченными возможностями; проведение коррекционной работы по проблемам обучения и воспитания с ними. Центр оказывает услуги по психокоррекционной и психопрофилактической работе, проведению психолого-педагогической терапии, социокультурной, творческой, музыкальной, трудотерапии с подобными детьми. Проводятся консультации родителей по психолого-педагогическим вопросам семейного воспитания и развития личности детей с ограниченными возможностями.

Центр организует досуговые мероприятия для детей инвалидов, в том числе вместе с родителями, профориентационную подготовку. Центр обучает детей с ограниченными возможностями навыкам самообслуживания, поведению в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и др. приемам социальной адаптации; проводит сеансы игротерапии, осуществляет патронаж семей, профилактическую и просветительскую работу с родителями детей, имеющих ограниченные умственные и физические возможности. Центр осуществляет лечебно- физкультурные оздоровительные мероприятия (ЛФК, массаж и др.).

В работе с детьми с диагнозом ДЦП и его семьей выделяются следующие этапы.

1. Диагностический
2. Коррекционно–реабилитационный
3. Постреабилитационный

На каждом этапе осуществляется комплексный подход:

- Социально- правовая помощь;
- Медицинская;
- Психолого–педагогическая.

Особенно важен первый этап. На основе диагностики составляются индивидуальные программы реабилитации с ребенком, выбирается

образовательная программа, соответствующая уровню развития воспитанника. Специалисты Центра тесно сотрудничают с лечебными учреждениями, в которых наблюдаются и состоят на диспансерном учете дети с ДЦП.

Важная роль в системе работы Дмитровского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Остров надежды» с больными детьми и семьей отводится второму этапу – оказанию помощи семье в работе с детьми и подростками, имеющими отклонения в развитии (тренинги, лекции, беседы).

Одновременно осуществляется и психолого-педагогическая, медицинская диагностика.

Иногда у детей с ДЦП, обратившихся в Центр, наблюдаются отклонения в психоэмоциональной сфере, внешняя агрессивность, тревожность. Психологическая диагностика позволяет понять причины возникновения проблем, трудностей воспитания, обучения, отклоняющихся форм поведения. Эти дети физически ослаблены, с различными сочетанными хроническими заболеваниями.

В период пребывания в Центре детей и подростков, имеющих выраженные отклонения в поведении независимо от сроков пребывания, им оказывается психосоциальная, медицинская, коррекционно-реабилитационная помощь. Такие дети ставятся на особый контроль специалистами Центра. С трудными детьми работают психологи, врач–психиатр, социальный педагог. В течении работы специалисты связываются с родителями, родственниками, приглашают их на консультацию, выезжают на патронаж, проводят беседы; психологи помогают родителям в установлении отношений с ребенком, проводят консультации и т.д.

Стационарный контингент Центра в 2014- 2015 учебном году составил 119 человек, в т.ч. 9 чел., занимающихся на дому. В стационарном отделении обучались: 34 чел. в 6-и группах дошкольного отделения; 85 учащихся в 8

классах школьного отделения (31 чел. - начальная школа, 22 чел. - основная школа, 32 чел. - старшая школа).

Группы диагностики реабилитации и коррекции (ГДРиК) посещали 142 чел., в том числе 98 дошкольников, 44 школьника. Было сформировано 4 группы: 3 коррекционных, 1 реабилитационная.

В течение года из Центра выбыли 27 чел. (в т.ч. из школьного отделения - 17 чел., из дошкольного отделения – 10 чел.), что составляет 29% от стационарного контингента. В общеобразовательные учреждения, в т.ч. в специальные (коррекционные) выбыли 13 чел., что составляет 52% от всех выбывших.

В Центре в течении 2014- 2015 учебного года с младшими школьниками проводилась психологическая, логопедическая и дефектологическая работы.

Психолого- педагогическая работа с младшими школьниками с диагнозом ДЦП осуществлялась по следующим направлениям: адаптация к условиям школы, коррекция и развитие эмоционально - личностной сферы, развитие произвольности познавательных процессов. Детям были предложены задания с элементами арт- терапии (работа с рисунком, музыкой, сказкой); метод драматизации и анализа трудных жизненных ситуаций; сюжетно - ролевые игры; элементы групповой дискуссии; работа с пиктограммами эмоций, рисунками, фотографиями, зеркалом; подвижные игры для коррекции страхов; нейропсихологические упражнения; психогимнастика.

В Центре сложилась система работы в группах диагностики реабилитации и коррекции (ГДРиК) по оказанию коррекционной помощи детям, не посещающим образовательные учреждения. В течение года ГДРиК посещали 142 чел. Из контингента ГДРиК имеют заболевания: ДЦП - 43 чел. (30%), ДЦП и эпилепсия -10 чел. (7%), другие психоневрологические заболевания 89 чел(63%). Имеют инвалидность - 46 чел (29%).

Специалистами ГДРиК было проведено 142 диагностических обследований, 3025 индивидуальных занятий и 950 групповых.

Было проведено 4 праздника, в котором активное участие принимали специалисты, дети и их родители. В течение года оформлялись выставки детских работ, альбом с фотографиями, отзывами родителей.

Вывод:

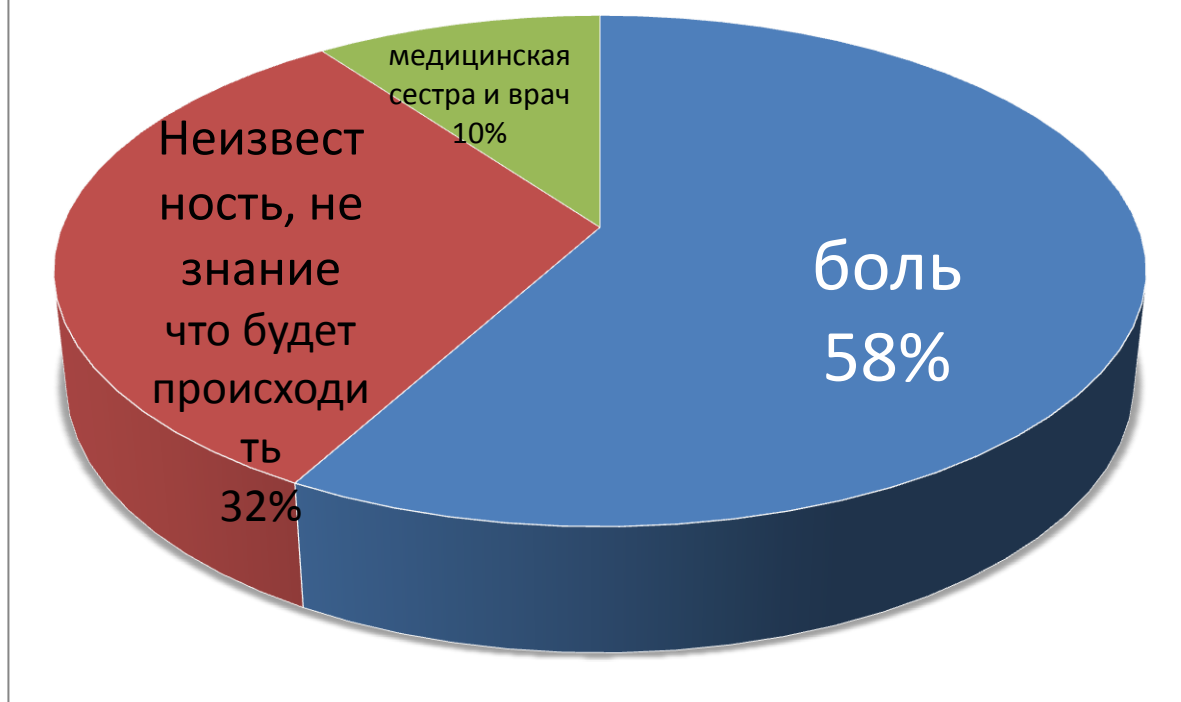
Базовым процессом деятельности Центра является процесс медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации воспитанников, который имеет целью преодоление социальной дезадаптации детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, связанной с имеющимися хроническими заболеваниями. Для этого в Центре созданы хорошие бытовые условия, обучение ведется по оптимальным программам, в том числе индивидуальным. На основе комплексной диагностики в центре определяется система мер медико-социальной, психолого-педагогической работы с детьми, ориентированной на коррекцию их психического, личностного развития, восстановление утраченного или формирование недостающего социального опыта.

2.2. Исследование влияния игротерапии на уровень социальной адаптации детей младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП

На основе изученных медицинских карт воспитанников, мною была составлена группа, недавно поступивших в центр детей, по признаку физических и психических отклонений. В состав исследуемой группы вошли 10 детей средней группы в возрасте 6-9 лет.

В начале и в конце исследования я расспрашивала детей, что они ощущают во время подготовки и проведения медицинских процедур, а так же о их страхах перед процедурой, что именно они боятся.

Страхи детей связанные с проведением медицинских процедур



Задача реабилитационной медицинской сестры в команде с педагогом и психологом состоит не в том, чтобы предложить на каждую группу детей «свой» набор видов и форм игровой деятельности, а, наоборот, через игру обеспечить продуктивное развитие, «достройку» незавершенных, несформированных личностных структур, «западание» которых приводит к социальной дезадаптации.

В ходе исследовательской работы, мною посещались и анализировались занятия, праздничные мероприятия с целью изучения деятельности медицинских сестёр, применявших игротерапию для повышения успешности реабилитации детей с диагнозом ДЦП. И вот, что я заметила: Медицинские сестры создают положительную психологическую обстановку в отделении, которая способствует быстрой адаптации к стационару, хорошему настроению, формированию активной установки на лечение; соблюдают лечебно-охранительный режим детей и в процессе ухода за детьми обучают их и контролируют правильность выполнения тех или иных навыков. Для этого им

требуется много терпения и душевного тепла к детям. Медицинские сестры с пониманием и любовью относятся к ним, внимательно относятся к просьбам воспитанников (а зачастую и капризам), применяют методы игротерапии, объясняя каждую, даже обычную медицинскую процедуру (пример: Доктор пришёл).

Наблюдения за детьми показали, что основная их часть не умеют сдерживать свои непосредственные желания и эмоции (ждать своей очереди; держать поднятую руку для обращения к воспитателю, не выкрикивать с места). Кроме того, в среде младшекласников можно было отметить недостаточное развитие дисциплинированности: дети либо затруднялись выполнять требования взрослого, либо выполняли их неточно, требуя напоминания со стороны педагога. Некоторые дети долго не могли понять задания, выполняли его медленно и неточно. Дети со страхом и опасением готовились к процедурам либо вообще отказывались от их проведения (массаж, физиотерапевтические процедуры, уколы).

В ходе игровой деятельности было замечено, что одни младшие школьники выбирали главные роли, стремясь к активному общению с другими сверстниками. Этих детей можно было условно отнести к группе с высоким уровнем социальной адаптации. Эти дети в игре демонстрировали уверенность в себе, удовлетворенность, веселость, они активно включались в игру, обозначали роль словами, используя развернутые диалоги. В общении с другими такие дети пользуются богатой мимикой, активно и адекватно совершают предметные действия; в игре они артистично передают характерные особенности персонажей, свои действия сопоставляют с действиями других, следуя логике развертывания игры. Они следят за выполнением правил, прислушиваясь к замечаниям партнеров по игре, корректируют ход игры. Играют долго, с увлечением и положительным эмоциональным настроением.

Младший школьный возраст наиболее благоприятен для формирования социально- ценных эмоций, моральных чувств. Дети этого возраста характе-

ризуются легкой отзывчивостью на происходящие события и окрашенностью восприятия, воображения, непосредственностью и откровенностью выражения своих переживаний – радости, печали, страха, удовольствия или неудовольствия.

Формирование социально- ценных эмоций средствами игровой деятельности для социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП педагогами Центра было представлено циклом игр «Вместе весело играть!». Это комплекс игр, направленных на развитие у детей эмоциональной отзывчивости и восприимчивости к социально значимым явлениям, на формирование социально–ценных эмоций, развитие их эмоциональной культуры, эмпатических способностей, создание положительного эмоционального настроения, атмосферы доверия, адаптации в коллективе, понимание и развитие умения контролировать свои эмоциональные состояния. Такие игры способствовали обогащению социально–ценных эмоций детей, учили их товариществу, добротворчеству, состраданию, сопереживанию, сотрудничеству в коллективе, позволяли выявлять их индивидуальные черты, раскрывали их внутренний духовный потенциал. Этому способствовали игры «Камушек в ботинке», «Каравай», «Морская фигура», «Царевна Несмеяна», «Ребята, давайте жить дружно!», «Путешествия в природу» и др. Дети выполняли задания игр в соответствии со своим физическим состоянием.

В качестве социально- адаптационной работы с детьми использовались также сюжетно- ролевые, дидактические, игры- путешествия, которые способствовали передаче и освоению социально- ценных знаний, познанию себя и окружающих. Обращение к таким играм было обусловлено тем, что: игра позволяет выявить индивидуальные черты характера ребенка, поскольку является отражением личности ребенка, его социально- ценного опыта; игра позволяет раскрыть внутренний потенциал личности ребенка, его стремления; игра позволяет проследить за степенью соблюдения детьми первичных представлений о нравственных нормах; игра дает ребенку не просто первичные представления о

социальных нормах, но и учит самостоятельно оценивать свои действия и действия других играющих, т.е. рождает стремление к самосовершенствованию.

В процессе игровой деятельности, дети получали эмоционально-игровые оценки в форме: игровых званий (например, «Добрейший», «Веселый затейник», «Мисс (Мистер) Вежливость» и др.); игровых атрибутов (например, «Корона мудрости», «Орден дружбы», «Шапка весельчака» и др.); игровых знаков (цветовые или рисованные образы), отражающих степень оценочности («Наилучший», «Отличный», «Хороший»); сюрпризов–поощрений; похвалы товарищей (иногда в форме игры «Комплемент») и др.

Основная часть игровой деятельности состояла в проведении игр и упражнений, создании игровых ситуаций, направленных на формирование у младших школьников с ограниченными возможностями первичных представлений о социуме, социальных нормах. Завершающая часть игровой деятельности носила характер свободного обсуждения, игры-дискуссии.

В процессе такой игровой деятельности младшие школьники с ДЦП осваивали важные социокультурные знания, представления о должном, например, бытовые (как быть аккуратным, правильно встретить гостей, чем заняться в отсутствие родителей, как позаботиться о заболевшей маме, как стать полезным дома и др.), знания о нормах коллективной жизни (как стать внимательным к людям, прийти товарищу на помощь, уступать друг другу, как быть честным, принципиальным, ответственным и др.), культурные эталоны и образцы (как правильно вести себя в общественном месте, быть вежливым, уважать собеседника и др.). Полученные знания и первичные представления способствовали введению в игру новых ролей, расширяли опыт игровых отношений, вызывали активность детей.

Готовность младших школьников к принятию активной социальной позиции в обществе является результатом большой кропотливой воспитательной работы, как медицинской сестры, так и работы остальных специалистов Центра. Медицинские сестры Центра, используют специально созданные игровые

воспитывающие ситуации, позволявшие фиксировать устойчивость проявления младшими школьниками опыта социально- ценного поведения.

Во время проведения исследования и общения с родителями детей мне удалось узнать их мнение о проведённой работе медицинских сестёр применявших игротерапию в своей деятельности.

На вопрос: «Есть ли в Центре школа для родителей детей с ДЦП, где бы они могли получить совет от реабилитационной медицинской сестры по уходу за такими детьми, познакомиться с другими родителями имеющими детей с похожими проблемами, обменяться с ними опытом?» все родители ответили отрицательно, и все хотели бы, чтобы такая школа была.

Вывод:

В результате игровой деятельности у большинства учащихся появилась устойчивая потребность, стремление к социальной активности. Педагог, воспитатель класса и родители отметили положительные изменения в поведении детей: дети стали более послушными, доброжелательными, более отзывчивее, заинтересованнее. Педагоги свидетельствуют, что дети стали ответственно относиться к выполнению общественных поручений, проявляя инициативу и творчество.

Существенно изменились и внешние проявления в поведении у детей - они стали заметно аккуратнее, внимательнее, доброжелательнее друг к другу, в их поступках появились исполнительность, ответственность, а так же организованность, самостоятельность, готовность к сотрудничеству.

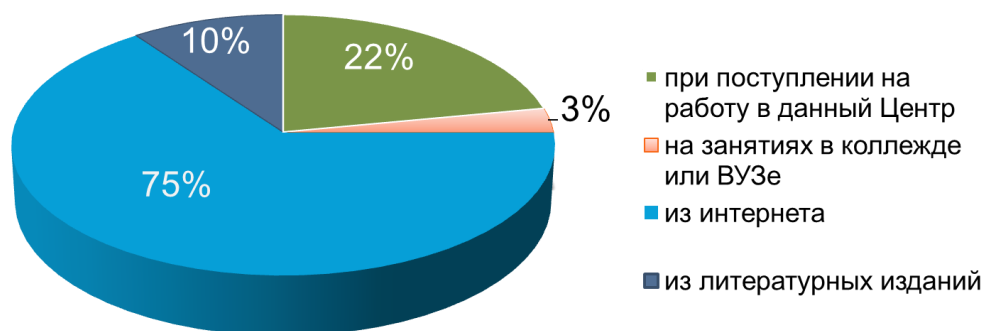
2.3. Анализ работы медицинских сестёр принимающих участие в улучшении эффективности игротерапии при реабилитации детей с ДЦП

Чтобы проанализировать на сколько успешно влияет применение методов игротерапии, медицинскими сестрами в своей практике, для адаптации и реабилитации детей с ДЦП, была разработана анкета для медицинских сестер реабилитационного центра (Приложение Б). Было опрошено 18 респондентов.

Работающие медицинские сестры - это женщины зрелого возраста с богатым жизненным опытом, таким образом это положительно сказывается на установлении взаимопонимания с детьми.

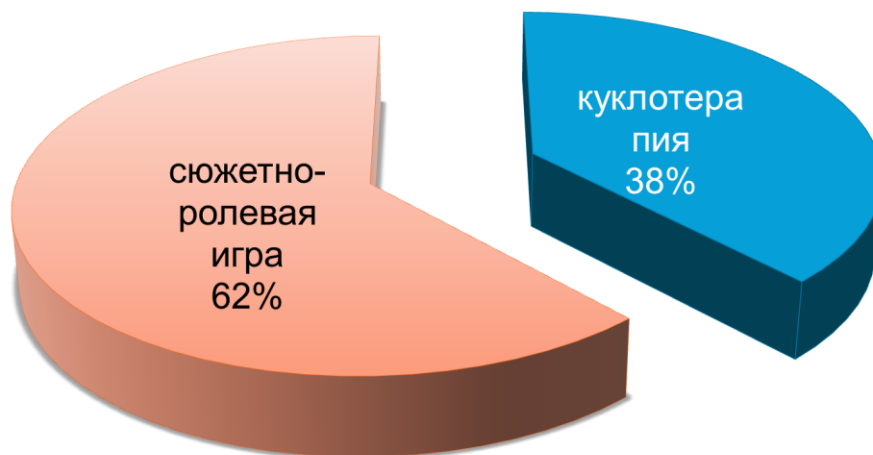
На вопрос об источниках информации о методах игротерапии большинство выбрали интернет. И всего 3 % получили данную информацию в медицинских учебных учреждениях, следовательно в колледжах и ВУЗах не отводят времени для изучения таких важных и эффективных методов.

Источник информации о методах игротерапии



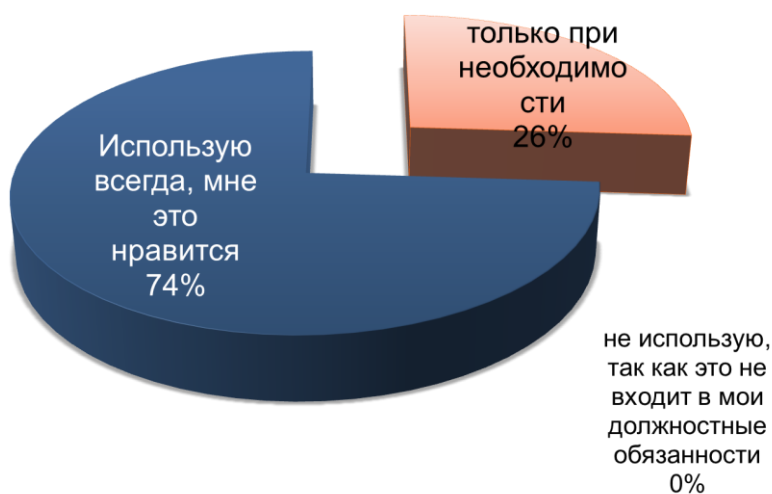
В выборе наиболее эффективного метода игротерапии, большая половина опрошенных медицинских сестры отметили сюжетно-ролевую игру (62%).

Метод игротерапии, который медицинские сестры Центра используют при подготовке к медицинским процедурам



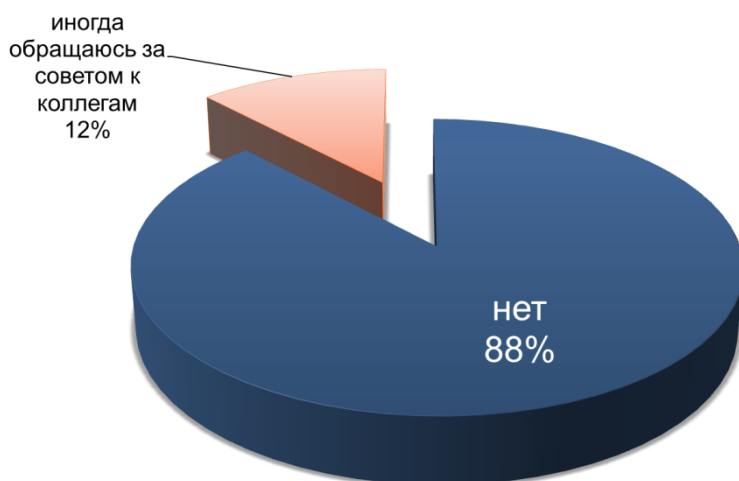
Над вопросом: Как часто медицинские сестры применяют методы игры при подготовке и проведении каких либо медицинских процедур с детьми? респондентам пришлось задуматься.

Как часто медицинские сестры применяют методы игры при подготовке и проведении каких либо медицинских манипуляций



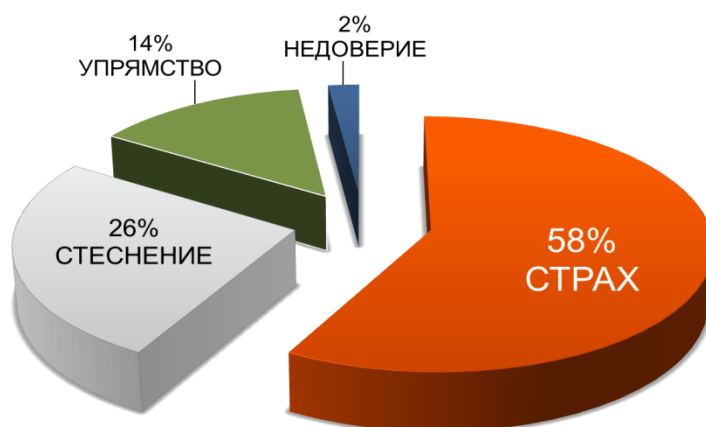
За несколько лет работы в коллективе Центра сложилась дружеская обстановка, где специалисты, воспитатели, педагоги и медицинские сестры всегда готовы помочь друг другу.

Возникают ли трудности связанные с применением игротерапии при подготовке ребёнка к медицинской процедуре



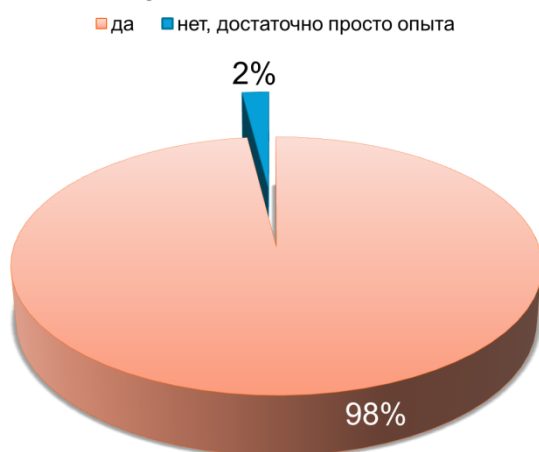
Так же мне удалось выяснить у медицинских сестёр, как наиболее частая причина отказа детей от проведения медицинских манипуляций (уколы физиотерапевтические процедуры, массаж и т.д.).

Наиболее частая причина отказа детей от проведения медицинских манипуляций



Почти все медицинские сестры считают, что в работе с детьми мало иметь просто жизненного опыта и медицинского образования, а так же необходимо быть компетентным по таким дисциплинам, как психология, педагогика, и что не мало важно, периодически повышать уровень своих знаний и заниматься самообразованием.

Нужны ли дополнительные знания в работе с детьми



Вывод по Главе 2:

1. Работа среднего медицинского персонала в Центре отличается определенной спецификой. Труд реабилитационной медицинской сестры важен наравне со специалистами Центра. Эффект от игровой терапии имеет разную направленность: развитие психических функций, расширение общения, развитие интеллекта, социализация, апробирование социальных ролей. Главная же цель игротерапии - вовлечение детей с диагнозом ДЦП в социальные виды взаимодействия, выявление способностей, развитие коммуникативных навыков, выработка активной жизненной позиции.

В Центре для социальной адаптации младших школьников используются методы куклотерапии, сюжетно-ролевые игры, сказкотерапия, музыкотерапия, песочная терапия, ИЗО- терапия, работа с рисунками, фотографиями и т.д.

2. Наблюдение за детьми на занятиях с реабилитационными медицинскими сестрами, педагогами, психологами и другими специалистами,

использовавшими методы игротерапии показало, что они по-разному реагируют на предлагаемые игры, и большинство с энтузиазмом входят в процесс игры.

В своём исследовании я отметила, что среди факторов, отрицательно влияющих на психику детей, особое место занимает боязнь медицинских процедур.

Психологическая помощь в этом случае необходима не только долго и тяжело болеющим детям, но практически здоровым ребятам, так как система охраны здоровья подразумевает медицинские осмотры детей, профилактические прививки и, конечно же - лечебные процедуры. В то же время, часто дети очень болезненно реагируют не только на сами медицинские процедуры, но и на ожидание начала этих процедур, на приближение к ним людей в белых халатах. Дети плачут, отказываются от контакта с медицинскими работниками, замыкаются в себе, либо демонстрируют явные признаки агрессивности. Среди известных методов предупреждения и преодоления страхов у детей в последние годы является методы игротерапии.

Методы игротерапии наиболее оптимальны для работы с младшими школьниками, так как ведущей деятельностью этого возраста является игра.

Данные методы, применяемые медицинскими сестрами реабилитационного Центра, во-первых помогают лучше и качественнее выполнить свою работу, во-вторых позволяют ускорить процесс самой процедуры, а самое главное это помогает заинтересовать и побороть страх ребёнка.

3. В результате проведённого исследования мною были получены данные, что благодаря работе медицинских сестёр, применяющих игру в подготовке к медицинским манипуляциям, дети понимают для чего им нужно проводить какую либо процедуру, они уже не боятся и становятся более активными при выполнении медицинских назначений(пропал страх неизвестности), что тем самым ускоряет процесс реабилитации и выздоровления.

Мною было проведено анкетирование медицинских сестёр Центра, основными методами, которые применяют медицинские сестры в своей работе являются сюжетно-ролевые игры и куклотерапия, данные методы они используют всегда, даже если это не входит в их должностные обязанности.

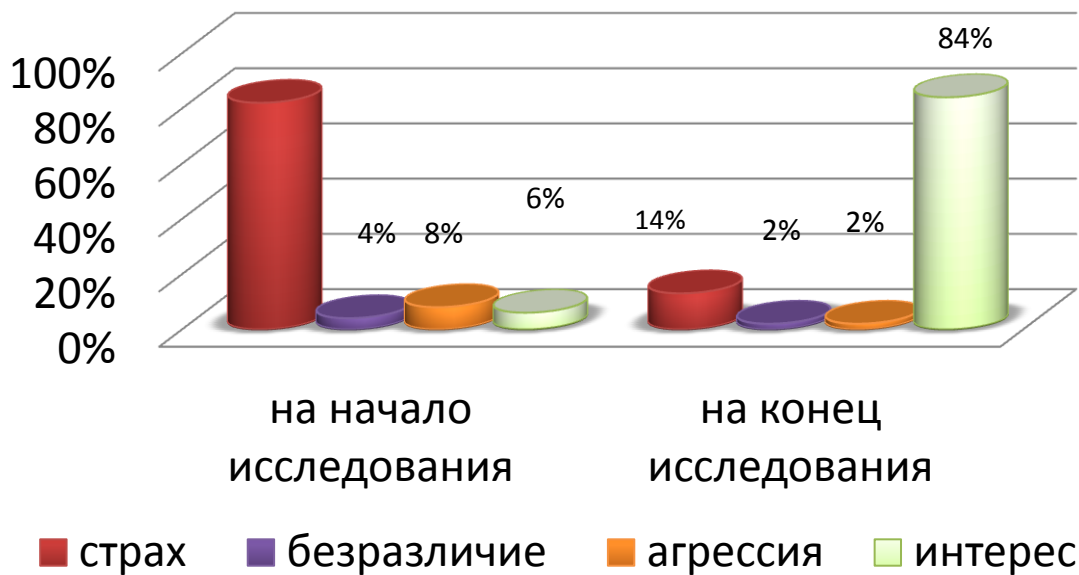
Несмотря на доброжелательное и почти материнское отношение медицинских сестёр к воспитанникам, в начале исследования главным препятствием в исполнении медицинских процедур является страх неизвестности и страх боли, а так же боязнь детей «белого халата». Что нельзя сказать об окончании моей исследовательской работы: дети стали понимать ход и суть каждой медицинской процедуры, которые они проделывали в Центе, следовательно исчез страх, а вовлечение в процесс различных игр, вызвало у детей повышенную заинтересованность и мотивацию к адаптации.

Реабилитационные медицинские сестры осуществляют большой вклад в лечение и адаптацию детей, не только выполнением алгоритма медицинской манипуляции назначенной врачом, но и преодолением психологического барьера ребенка во время процедуры. Во время игры дети ощущают полную свободу, безопасность и психологическую раскрепощённость.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение игротерапии в сестринской практике на базе Центра реабилитации, положительно повлияло на успешность реабилитации детей с ДЦП (улучшение психоэмоционального фона и общего настроения детей). Все медицинские сестры Центра отмечают положительную динамику психического состояния воспитанников от применения в своей практике игротерапии.

Основываясь на записях в медицинских картах воспитанников, отчётах медицинских сестёр, заключений врачей, отзывов родителей, опросах детей в начале и в конце исследования, и наблюдая за детьми в течении трёх месяцев, можно сделать вывод, что влияние, применяемых медицинскими сестрами методов игротерапии, на адаптацию детей с диагнозом ДЦП - неоспоримо.

Чувства испытываемые детьми во время проведения медицинских процедур



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование, проводилось с целью узнать, в чём же заключается участие медицинской сестры в реализации успешной социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП, посредством игровой терапии.

Требования к медицинской сестре в современном обществе возросли. Ее роль не ограничена рамками выполнения назначений врача. Медицинская сестра в реабилитации должна в совершенстве владеть не только техникой выполнения манипуляций, но и искусством общения с детьми с ограниченными возможностями. Медицинская сестра должна стремиться к постоянному самосовершенствованию, повышать свой образовательный уровень, проводить исследования с целью улучшения качества обслуживания пациентов.

Анализ теоретической литературы, позволил сделать вывод о том, что игра является важным и органичным для младших школьников видом деятельности, при котором происходит психологическое формирование ребенка через принятие игровой роли и правил игры.

Цель данного исследования достигнута:

Выявлено, что реабилитационные медицинские сестры посредством применения методов игротерапии в своей профессиональной практике, помогают детям преодолеть психологический барьер перед своим страхом медицинских манипуляций, тем самым способствуют успешности процесса реабилитации детей с ДЦП. Данная работа требует от медицинской сестры опыта, высокой профессиональной подготовки, особенно в работе с детьми; глубоких знаний в области медицины, педагогики, психологии, социологии и права.

Готовность младших школьников к принятию активной социальной позиции в обществе является результатом большой кропотливой воспитательной работы как воспитателей и педагогов так и участия медицинской сестры.

Хочу отметить значимость игры в жизни ребенка и применение методов игротерапии именно медицинской сестрой, является очень важным фактором для реабилитации детей с ДЦП, помимо лечения и занятий со специалистами Центра.

Реабилитационные медицинские сестры, которые годами работают в Центре и большую часть времени находятся в общении с детьми, заметили как физические, так и психические изменения у воспитанников в положительную сторону, что доказывает эффективность применения методов игротерапии, особенно это проявляется во время процедур и различных лечебных манипуляций.

Несмотря на кажущуюся простоту, общение с ребенком в рамках игротерапии требует обширных знаний и высокого развития некоторых личностных качеств. Именно поэтому игротерапии следует учиться на специальных учебных курсах и программах. Владение только медицинскими знаниями, которые медсестра получила при обучении в медицинском училище не достаточно для работы в детском стационаре и в восстановительной медицине в частности. При подготовке медицинских сестер мало часов уделяется таким дисциплинам как педиатрия, реабилитация, общая психология.

Хотелось бы внедрить изучение этих методов в программу обучения студентов колледжей и ВУЗов, а именно как дополнительные часы по дисциплинам педиатрии и психологии. Эти знания послужат не только в развитии успешной работы для выпускников образовательных медицинских учреждений, но и пригодятся в жизненных ситуациях. Проведение конференций, семинаров, вебинаров и создание форумов позволит медицинским сестрам делиться опытом, а так же новыми предложениями по работе и применению методов игротерапии с детьми с диагнозом детский церебральный паралич.

В результате реализации программы социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП средствами игротерапии уровень адаптации воспитанников значительно изменился.

Существенно изменились и внешние проявления в поведении у детей - они стали заметно аккуратнее, внимательнее, доброжелательнее друг к другу, в их поступках появились исполнительность, ответственность, а так же организованность, самостоятельность, готовность к сотрудничеству.

Для того чтобы быть высококвалифицированным, компетентным специалистом, эффективно восстанавливающим состояние здоровья взрослых и детей, необходимо постоянно развиваться в профессиональной деятельности, используя для этого самообразование, курсы повышения квалификации, высшие учебные заведения, опыт работы коллег-специалистов.

Будущее российского общества напрямую зависит от эффективной деятельности отечественных образовательных институтов, качества подготовки молодежи к жизни и труду в новых социокультурных условиях. Основы социально адаптированной личности закладываются в младшем школьном возрасте, когда происходит становление важнейших личностных структур, устойчивых форм и способов самореализации.

Современный социум весьма нуждается в высококвалифицированных, компетентных и конкурентоспособных профессионалах, эффективно восстанавливающих состояние здоровья взрослых и детей. И медицинская сестра является таким профессионалом, а самое главное она должна быть милосердной, ибо милосердие – это самое важное качество в её работе с детьми с ДЦП.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // "Библиотечка Российской газеты", выпуск № 22–23, 1999 г.
2. Декларация о правах инвалидов. Принята 09.12.1975 Резолюцией 3447 (XXX) на 2433–ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН.
3. Конвенция о правах ребенка. (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // Сборник международных договоров СССР, выпуск XLVI, 1993.
4. Конвенция Международной организации труда № 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.), Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. № 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957–1990, том 2.
5. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (Нью-Йорк, 30 сентября 1990 г.) // "Дипломатический вестник", 1992 г., № 6, С.10.
6. Декларация о правах умственно отсталых лиц. М., Юристы, 2001.
7. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966г.) // Ведомости Верховного Совета СССР", 1976. № 17(1831).
8. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993).
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487–I // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 19 августа 1993 г., № 33 ст. 1318.

10. Федеральный закон от 24 ноября 1995г. № 181–ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995г. № 48, ст. 4563.
11. Федеральный закон от 15 декабря 2001г. № 166–ФЗ "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 декабря 2001г., № 51, ст. 4831.
12. Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996г. № 965 "О порядке признания граждан инвалидами" // СЗ РФ от 19 августа 1996г. № 34, ст. 4127.
13. Постановление Правительства РФ от 03.10.2002 № 732 (ред. от 30.12.2005) "О федеральной целевой программе "Дети России" на 2003 – 2006 годы" // Собрание законодательства РФ, 14.10.2002, № 41, ст. 3984.
14. Положение о детском доме–интернате для умственно отсталых детей Министерства социального обеспечения РСФСР. Утверждено приказом МСО РСФСР от 6 апреля 1979г. №35.
15. Айшервуд М. М. Полноценная жизнь инвалида - М.: Инфра–М, 2001.
16. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро– и патопсихологии - М.: Наука, 1994.
17. Базоев В. 3. Поддержка профессионального образования глухих в Великобритании // Дефектология. №3. 1997.
18. Бочарова В. Г. Основные требования к развитию теории в области социальной педагогики и социальной работы / Материалы международной научно–практической конференции - М.: Издательство Тюменского государственного университета, 2003.
19. Вачков И. Дистанционное обучение для детей–инвалидов // Школьный психолог. -2000 - № 38.

20. Григорьев С.И. и др. Теория и методология социальной работы: Учебное пособие для студентов вузов - М.: Академия, 2004. - 230 с.
21. Дубровина И.В. и др. Психология . - М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 464 с.
22. Захаров А.И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. – СПб. : КАРО, 2006. – 416 с.
23. Иванушкина Т.И. Педагогические аспекты социальной адаптации детей и подростков в школе. – М., 1999.
24. Колков В.В. Социальная работа и психологические науки: методологический семинар. - М.: Институт социальной работы, 2000. - 220 с.
25. Панов А.М. Социальное развитие и социальная работа: проблемы и возможности на рубеже XXI века //Работник социальной службы. -1999. -№ 1-2.- С. 37-38.
26. Пшеничная Л.Ф. Педагогика в сестринском деле. - М.: Феникс, 2002 - 354 с.
27. Степанов С. С. Популярная психологическая энциклопедия: - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 672 с.
28. Холостова Е. И., Сорвина А. С. Социальная работа: теория и практика. Учебное пособие. М.: ИНФРА–М, 2002.
29. Шабаева М.Ф. История педагогики. Учебное пособие для дошкольных педагогических училищ. - М.,1961.
30. Щедровицкий Г.П. Методологические замечания к педагогическому исследованию игры // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. Работы советских психологов периода 1946 – 1980 гг. / Под ред. И.И. Ильясова, В.Я. Ляудис. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. - С. 60 - 79.
31. Экслайн В. Игровая терапия. - М. : Апрель-Пресс, 2007. - 416 с.

Характеристика основных форм заболевания ДЦП

Формы ДЦП	Основные признаки заболевания	Методы реабилитации
1	2	3
Двойная гемиплегия кисти	Самая тяжелая форма ДЦП. У больных нарушены все важнейшие человеческие функции: двигательная, психическая, речевая. Отсутствует функция работы мышц рук. Нарушен речевой аппарат, мышечный тонус рук и ног.	Занятия включают ЛФК (упражнение на разгибание и захватывание мелких предметов, отведение нижних конечностей). Используются ортопедические укладки (лечение положением), общий массаж, физио- и гидротерапию.
Спастическая диплегия	Самая распространенная форма ДЦП. У больных наблюдается задержка психического развития, отмечаются речевые расстройства, нарушение статики и локомоции.	Для реабилитации используются упражнения на расслабление, равновесие и координацию, лечение положением. Особое внимание уделяется ходьбе. Рекомендуются занятия гидрокинезотерапии.
Гемипаретическая форма	Характеризуется поражением одноименных руки и ноги. У людей более выражен парез верхних конечностей. В зависимости от тяжести поражения двигательной функции различают тяжелую, среднюю и легкую степени гемипаретической формы. У больных чаще наблюдается правосторонний гемипарез, чем левосторонний.	Занятие ЛФК, плавание, общий массаж.
Гиперическая форма	Эта форма проявляется различными гиперкинезами с параличами и парезами. У больных отмечаются речевые нарушения. Интеллект сохранен.	Занятие ЛФК (упражнения на движние, торможение гиперкинезов, улучшение координации движений). Применяются упражнения с предметами, корригирующие упражнения и обучение дыханию. Ограничиваются упражнения на тренажерах, с гантелями, прыжки, бег на дистанции. Назначается массаж, гидрокинезотерапия.
Астнически-астатическая форма	Характеризуется сочетанием патологических тонических рефлексов с парезами низким тонусом мышц. У больных	Занятия ЛФК (упражнения на координацию движений, сохранение равновесия, упражнения на

	отмечаются речевые расстройства и олигофрения.	сопротивление, для мимической культуры и языка). Назначается массаж и гидрокинезотерапия.
--	--	---

Приложение Б

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Кафедра управления сестринской деятельностью и психолого-социальной работы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проводит исследование на тему: Использование игротерапии в сестринской практике при социальной адаптации младших школьников с диагнозом ДЦП.

Просим Вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в научных целях.

Ваше мнение очень важно для нас!

Инструкция: при ответе на вопросы выберите наиболее подходящий на ваш взгляд ответ и выделите его.

1) Как Вы узнали о методах игротерапии?

- рассказали при поступлении на работу в данный Центр;
- на занятиях в колледже или ВУЗе;
- из интернета;
- из литературных изданий.

2) Какой метод игротерапии Вы применяете при подготовке и проведении медицинских процедур? _____.

3) Как часто Вы используете методы игры при выполнении различных манипуляций с детьми?

- не использую, так как не входит в мои должностные обязанности;
- только, по необходимости;
- использую всегда, мне это нравится.

4) Возникают ли у вас трудности, связанные с применением игры в подготовке ребёнка к какой-либо процедуре?

- нет;
- иногда приходится обращаться к коллегам за советом.

5) Наиболее частая причина отказа детей от проведения медицинских манипуляций.

- страх;
- стеснение;
- упрямство;
- недоверие.

б) Считаете ли Вы, что работа с детьми требует дополнительных базовых знаний по таким дисциплинам, как психология, педагогика, социология?

- да;
- нет, достаточно просто опыта.

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!