

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тебенова К.С., Рахметова А.М., Туганбекова К.М., Кулов А.Б.

*РГП «Карагандинский государственный университет им. академика Е.А. Букетова»,
Караганда, e-mail: tebenova@mail.ru*

Проведена оценка физического статуса детей с тяжелыми нарушениями интеллекта. Результаты исследований показали, что физическое развитие детей с глубокими интеллектуальными нарушениями имеют свои характерные особенности и находится в прямой зависимости от тяжести и характера основного дефекта. Только использование комплексного подхода в изучении физического состояния позволяет оценить физическое развитие детей с глубокой умственной отсталостью и выявить наиболее важные причины, влияющие на него. Коррекционная работа по физическому развитию осуществлялась на специально отведенных занятиях: физкультуры, ритмики, а также внеклассных занятиях по физическому воспитанию.

Ключевые слова: интеллект, физическое развитие, возраст, пол, рост, вес, окружность головы и груди

EVALUATION OF THE PHYSICAL STATUS OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Tebanova K.S., Rakhmetova A.M., Tuganbekova K.M., Kulov A.B.

*RSE (Republican State Enterprise) «Karaganda State University named after Y.A. Buketov»,
Karaganda, e-mail: tebenova@mail.ru*

There was held the assessment of the physical status of children with intellectual disabilities. The results of the research showed that physical development of children with deep intellectual disabilities has its specific peculiarities and is directly dependent on the severity and character of the defect. Only complex approach in studying physical conditions enables us to evaluate the development of children with deep intellectual disorder and determine the most important reasons that influence on it. Corrective work on the physical development was performed on the specially conducted lessons of: physical training, rhythmic, as well as extracurricular lessons on physical education.

Keywords: intellect, physical development, age, gender, height, weight, circumference of the head and chest

В настоящее время значительно возрос интерес к проблеме помощи детям с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. При этом, приоритетной задачей в отношении данной категории детей является создание надлежащих условий и оказание поддержки в их социальной реабилитации, подготовке к полноценной жизни в обществе. В данном контексте специальные (коррекционные) образовательные учреждения одновременно выполняют специфические задачи, направленные на восстановление утраченных функций, коррекцию первичных и вторичных нарушений, развитие функций сохранных анализаторов и формирование компенсаторных навыков, способствующих реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции детей и подростков в общество. Разрабатываются психолого-педагогические критерии отбора детей в специальные учреждения, постоянно совершенствуются организационные формы их воспитания и обучения, исследуются разнообразные стороны интеграции этих детей в общество [1–4]. Во многом это зависит от уровня экономики и культуры страны, состояния законодательства в области специального образования и традиционных методов работы с детьми, имеющими проблемы развития. Вместе с тем, имеет

место рост числа детей именно с глубокой умственной отсталостью, у которых отмечаются нарушения физического развития.

Известно, что физическое развитие – это совокупность морфологических и физических признаков в их взаимосвязи и взаимозависимости от окружающих условий, которые характеризуют процесс созревания в данный момент времени. Наиболее полной являются классификация А.А. Дмитриева, которая оценивает физические развития учащихся вспомогательных школ и описывает наиболее часто встречающиеся нарушения физического развития и двигательных способностей. При этом, выделяются следующие виды нарушений: – нарушение физического развития, куда относит отставания в весе, росте, показателей жизненных емкостей лёгких, окружности грудной клетки, парез и параличи верхних и нижних конечностей; – нарушение в развитии двигательных функций, в частности нарушение координационных способностей и отставание в развитии двигательных качеств.

Характерная особенность развития физической сферы умственно отсталых детей состоит в следующем: уровень сформированности двигательной сферы глубоко умственно отсталых детей находится в непосредственной зависимости от тяжести

характера конкретных двигательных нарушений. Основные отклонения в развитии двигательной сферы могут быть выражены в нарушении физического развития, отставании в длине и массе тела, ожирении, нарушении осанки, развитии грудной клетки, в низких показателях дыхательной функции, деформации черепа, лицевого скелета, дисплазии. Кроме того, нарушения проявлялись и в отношении двигательных функций: неточность движений в пространстве и времени; неумение выполнять ритмичные движения; ошибки при дифференциации мышечных усилий; низкий уровень развития функций равновесия; ограничение амплитуды движения в беге, прыжках; отсутствие лёгкости и плавности в движениях; напряжённость, скованность движений. Напряжение низших отделов центральной нервной системы влечёт за собой нарушение элементарных движений, поражение высших – затрудняет реализацию сложных двигательных актов, требующих произвольной регуляции [5, 6].

Цель исследования

Вышеизложенное подчеркивает, что рассматриваемая проблема актуальна в настоящее время и мало изучена, в связи с чем, целью данного исследования явилась оценка физического развития глубоко умственно отсталых детей, воспитывающихся в детском доме-интернате для умственно отсталых детей, а также развитие их двигательной сферы на уроках физкультуры и ритмики.

Материалы и методы исследования

Исследование было проведено в детском доме-интернате для умственно отсталых детей. Исследованием было охвачено 50 детей в возрасте от 9 до 17 лет, находящихся на полном социальном обеспечении в указанном учреждении. У детей были выделены следующие формы нарушений: олигофрения в степени имбецильности; органические поражения головного мозга сложного генеза с выраженным слабоумием; шизофрения и судорожный синдром. Для оценки физического развития детей с глубокими интеллектуальными нарушениями нами было использовано четыре основных показателя: рост; вес; окружность грудной клетки; окружность головы. В каждой возрастной группе были выведены средние параметры показателей физического развития. Все дети были распределены на группы по половому признаку, возрасту и основному дефекту.

Результаты исследования и их обсуждение

Дифференциация по половому диморфизму выявила, что 62% от общего числа детей составили мальчики и 38% – девочки, свидетельствуя о том, что глубокие интеллектуальные нарушения чаще встреча-

ются у лиц мужского пола (в нашем случае у мальчиков в 1,6 раз чаще, чем у девочек). Среди детей наибольшее число детей соответствовало подростковому (20 человек или 40,4%) и юношескому возрасту (25 человек или 50%). Из выделенных нозологических форм глубоких интеллектуальных нарушений наиболее часто отмечалась олигофрения в степени имбецильности – 34 случая или 68%, причем у мальчиков регистрировалась в 1,8 раз чаще, чем у девочек (22 случая или 64,7%). Шизофрения встречалась в 14% случаев и примерно одинаково среди мальчиков и девочек (соответственно, 4 случая (57,1%) и 3 случая (42,9%)). Судорожный синдром выявлялся в 12% случаях, причем в 2 раза чаще у девочек (4 случая или 66,7%). Органические поражения мозга сложного генеза со слабоумием – в 6% случаев и преимущественно у мальчиков. Как видно, глубокие интеллектуальные нарушения наиболее часто отмечались в возрасте 15–18 лет (36 человек или 72%).

По данным исследования обнаружено, рост детей коррелирует с возрастом, независимо от пола: чем старше ребенок, тем выше рост, тогда как другие показатели физического развития такой корреляции не имеют. Так, у мальчиков наименьший вес и наименьшая окружность груди наблюдались в возрасте 11–12 лет (28 кг и 64 см), наименьшая окружность головы – в возрасте 13–14 лет (51,6 см). У девочек также отмечался разброс показателей физического развития. Так, наименьший вес отмечался в возрасте 14–15 лет и 16–17 лет (соответственно 44,5 и 44,6 кг), наименьшая окружность груди – в возрасте 11–12 лет (76 см) и 16–17 лет (77,66 см), наименьшая окружность головы – в возрасте 11–12 и 16–17 лет (49 см). В целом показатели физического развития девочек по всем возрастным категориям несколько выше, чем у мальчиков. Вместе с тем, мы не наблюдали прямой корреляции показателей физического развития с возрастом у детей данной категории. Так, наиболее высокие показатели физического развития отмечались у мальчиков в возрасте 15–16 лет: рост 162 см, вес 49 кг, окружность груди 79 см, окружность головы 55 см.

Показатели физического развития детей с шизофренией, как у мальчиков, так и девочек отмечались в прямой корреляции с возрастом, за исключением показателей роста. Так, наибольшие показатели роста у мальчиков наблюдаются в возрасте 15–16 лет, у девочек – 16–17 лет. У девочек в данной группе также имел место разброс показателей физического развития в зависимости от возраста. Так, наибольшие по-

казатели физического развития отмечены у девочек 16–17 лет (рост 166 см, вес 58 кг, окружность груди 93 см, окружность головы 58 см). При этом, осуществить оценку развития мальчиков данной группы не представлялось возможным из-за малого количества детей.

Сравнительный анализ показателей физического развития детей в зависимости от возраста и нозологических форм показал, что наименьший рост и вес наблюдался у мальчиков с шизофренией в возрасте 12–13 лет по сравнению с другими сверстниками (127 см и 24 кг).

Наибольшие показатели физического развития в этом возрасте наблюдались у мальчиков олигофренов в степени имбецильности. Так, рост у них составил 149,5 см, вес – 36 кг, хотя показатели окружности головы и окружности грудной клетки были наименьшими по сравнению с другими сверстниками (окружность грудной клетки 67 см, окружность головы – 53 см). Наименьшие показатели физического развития в возрасте 15–16 лет отмечались у мальчиков олигофренов в стадии имбецильности по сравнению со сверстниками. Так, рост у них составил 157 см, вес – 42,4 кг, окружность грудной клетки – 74,8 см, окружность головы – 56 см.

Наибольшие показатели физического развития в возрасте 15–16 лет наблюдались у мальчиков с шизофренией. При этом, рост мальчиков этой группы равнялся 172,5 см, вес – 52 кг, окружность грудной клетки – 79,5 см, окружность головы – 57 см. Таким образом, физическое развитие этой группы достигало нижнего уровня развития нормально развивающихся детей.

Кроме того, мы выявили, что показатели физического развития у девочек до 16 лет по всем нозологическим группам были выше, чем у мальчиков этого же возраста. После 16 лет наблюдалось выравнивание, а затем снижение всех показателей физического развития по сравнению с мальчиками. Оценивая средние данные физического развития мальчиков в зависимости от нозологических форм, мы отметили, что самые низкие показатели физического статуса отмечались у мальчиков с олигофренией в степени дебильности. Так, их рост составил 147,6 см, вес 38,2 кг, окружность груди 70,4 см, окружность головы 53,4 см. По этим же показателям оценка физического развития у девочек, также как и у мальчиков, с олигофренией в степени дебильности, показала низкий уровень развития. Так, их рост составил 154,2 см, вес 50,2 кг, окружность груди 84,0 см, окружность головы 51,85 см.

Следует также отметить, что организованные группы не являлись стабильными по составу. Внутри каждой возрастной группы наблюдались значительные размахи показателей и, кроме того, не всегда учитывались индивидуальные показатели каждого ребёнка.

Таким образом, полученные нами результаты не выявили каких-либо закономерностей или особенностей физического развития детей с глубокими нарушениями интеллекта.

В связи с этим, мы попытались классифицировать выявленные нами особенности физического развития детей с глубокими интеллектуальными нарушениями. Для этого мы использовали классификацию физического развития А.А. Дмитриева, на основании которой выделено три типа физического развития. В первый тип вошли дети, имеющие физическое развитие выше средних показателей физического развития учащихся детских-домов инвалидов. В эту группу вошли дети с шизофренией, 4 мальчика и 3 девочки, что составило 14%. Во второй тип вошли дети, имеющие физическое развитие, соответствующее средним показателям развития учащихся детских-домов инвалидов, с судорожным синдромом и с олигофренией в степени имбецильности: 10 мальчиков и 6 девочек (32%). К третьему типу отнесены учащиеся, характеризующиеся физическим развитием ниже среднего уровня учащихся детских-домов инвалидов, но имеющие пропорциональные формы тела, а именно дети с глубоким органическим поражением и дети с олигофренией в степени имбецильности: 17 мальчиков и 10 девочек (54%), составив самую многочисленную группу.

Таким образом, результаты наших исследований показывают, что физическое развитие детей с глубокими интеллектуальными нарушениями имеет свои характерные особенности и находится в прямой зависимости от тяжести и характера основного дефекта. Только использование комплексного подхода в изучении физического состояния позволяет оценить физическое развитие детей с глубокой умственной отсталостью и выявить наиболее важные причины, влияющие на него. В процессе развития физической сферы у глубоко умственно отсталых детей необходимо руководствоваться тем, что активная двигательная деятельность ребёнка способствует развитию всех зон коры больших полушарий головного мозга, содействует улучшению координации межцентральных связей, формированию двигательных взаимодействий, повышению умственной работоспособности.

Данное исследование, в соответствии с целями и задачами, подтвердило теоретические положения о своеобразии физического развития глубоко умственно отсталых детей, доказало, что уровень физического развития находится в непосредственной зависимости от глубины и тяжести основного дефекта. Комплексное изучение уровней физического развития и уровней двигательных навыков позволило разделить детей на три типа физического развития. Подобная дифференциация детей необходима для соблюдения принципа индивидуального подхода. Указанное свидетельствует о том, что в системе коррекционного воздействия необходим учет структуры дефекта, степень его выраженности и время возникновения. Предложенные А. А Дмитриевым и используемые нами в исследовании градации детей по уровню физического развития имеют большое практическое значение, так как ориентирует специалистов дефектологов на индивидуализацию в обучении и социально-трудовой адаптации на основе развития физических возможностей ребенка.

Анализ учебного воспитательного плана работы данного учреждения позволил сделать вывод об эффективности коррекционной работы по физическому воспитанию, так как она базируется на принципах комплексного подхода в коррекции двигательного дефекта. Это означает, что коррекционная работа по физическому развитию не только осуществляется на специально отведенных занятиях: физкультуры, ритмики, но и проводится в режиме дня, внеклассных занятиях по физическому воспитанию, и через физминутки, мероприятия по профилактическому оздоровлению детей, закаливанию и лечению. Содержание физического воспитания включало общеразвивающие, корригирующие и прикладные физические упражнения, использованные в учебной программе для 1–7 классов, а также музыкально-ритмические упражнения, использованные для коррекции физических недостатков у умственно отсталых детей (музыкальные игры, танцы, хороводы).

Такой подход позволяет максимально корригировать дефект, благотворно влиять на формирование положительных личностных качеств и решать задачи социально трудовой адаптации.

Большое значение на наш взгляд, в плане расширения социального опыта глубоко умственно отсталых детей, имеет организация и участие этих детей в международных спортивных соревнованиях, каковыми являются Специальные Олимпийские Игры. Участие в этих играх глубоко умственно отсталых детей позволяет продемонстрировать не только сохранные возможности, но и активно включаться в процесс общения с другими детьми и взрослыми.

Выводы

Оценка уровня физического развития и анализ учебно-воспитательной работы в доме – интернате позволили сделать следующие выводы:

1. Физическое развитие глубоко умственно отсталых детей имеет специфическую особенность, обусловленную органическим поражением ЦНС.

2. Уровень физического развития находится в непосредственной зависимости от течения и структуры дефекта.

3. Наши исследования подтвердили предположение Л.В. Выготского о том, что глубоко умственно отсталые дети имеют сложную структуру, где нарушение физического развития является одним из структурных нарушений, поэтому коррекция физического развития должна осуществляться комплексно.

4. Система физического воспитания в школе интернате глубоко умственно отсталых детей основано на принципах комплексного подхода и предполагает коррекцию двигательных нарушений в процессе всей воспитательной работы.

Список литературы

1. Малер А.Р., Цикото Г.В. Обучение, воспитание, и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М.: Педагогика, 2010. – 244.
2. Ильина Т.А. Педагогика. – М.: Просвещение, 2009. – 184 с.
3. Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе. Учебное пособие. – М.: Учебная литература, 2010. – 297 с.
4. Грабов А.Н. Очерки по олигофренопедагогике. – М.: Педагогика, 2009. – 161 с.
5. Малер А.Р. Проблема воспитания и обучения глубоко умственно отсталых детей за рубежом // Дефектология. – 2008. – № 5. – С. 25–27.
6. Болтенко М.В., Модестов А.С. Работоспособность как критерии эффективности профессионального обучения имбецилов в детских домах-интернатах // Дефектология. – 2007. – № 1. – С. 16–19.