

ПРИНЦИПИ ТРУДОТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Для створення сучасних напрямів трудотерапії в основу розроблюваних програм (технологій, систем) необхідно класти такі загальні універсальні принципи медичної реабілітації осіб з різними нозологіями: ранній початок проведення реабілітаційних заходів, принцип гуманізму, принцип комплексності реабілітаційних впливів, поліпрофесійна взаємодія фахівців із різних галузей, трьохсходинкова етапність реабілітації, безперервність і наступність на всіх етапах реабілітації, контроль адекватності навантажень, соціальна спрямованість реабілітації та системний підхід до побудови реабілітаційної системи.

Відносно дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату (зокрема, кистьових функцій) вищеназвані універсальні підходи повинні бути доповнені (адаптовані) принципами трудотерапії (ерготерапії), що відображають специфіку роботи саме з дошкільниками старшого віку з руховими порушеннями кистьових функцій в умовах закладу дошкільної освіти.

Трудотерапія, як складова частина загальної ерготерапії, займає особливе місце у фізичній реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Саме вона сприяє не тільки прогресу фізичного розвитку дитини, а й покращує її інтелектуальні можливості, дає змогу дитині придбати елементарні первинні трудові навички, які допоможуть їй в подальшому успішно соціально адаптуватися. Особливості втілення трудотерапії у поєднанні з корекційно спрямованим фізичним вихованням дітей 5 – 7 років в умовах сучасного закладу дошкільної освіти висвітлені у доступній літературі недостатньо повно і системно.

Узагальнюючи особистий 15-річний досвід апробації різних форм трудотерапії у поєднанні з фізичним вихованням дітей в умовах закладу дошкільної освіти, нами попередньо було сформульовано такі принципи трудотерапії старших дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату:

1. Принцип підвищеної безпеки трудових коригуючих маніпуляцій. Система безпеки в даному випадку – це комплекс організаційно-педагогічних заходів з боку педагога, спрямованих на створення таких умов рухово-ігрової-трудої діяльності дітей, при яких небезпека їх життю і здоров'ю була б зведена до мінімуму, а при її виникненні успішно додалася адекватними діями з боку педагога. У своїй роботі ми дотримуємося існуючих загальних, універсальних

правил безпеки, які нами були адаптовані до специфіки трудотерапії у фізичній реабілітації дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату.

2. Топографічний принцип. Для організації правильної корекції ураженої (пригніченої) верхньої кінцівки необхідно чітко диференціювати парез за топографічною ознакою, тобто місцем його знаходження. У зв'язку з цим виділимо основні варіанти топографії парезів у верхніх кінцівках:

- монопарезом називають патологію, при якій частково порушуються рухові можливості однієї руки;

- парепарез (верхній) – неврологічний синдром, що охоплює дві верхні кінцівки, що характеризується непроходженням нервових сигналів і ослабленням м'язової активності аж до повної втрати спроможності виконати рухи в обох руках;

- проксимальний парез рук – виражається в неможливості підняти руку або в важкості здійснювати цей рух через слабкість проксимальних (близьких до тулуба) м'язових груп при відносно достатній силі дистальних (віддалених від тулуба) м'язових груп. Для виявлення проксимального парезу хворому пропонують підняти обидві руки догори і протягом деякого часу утримати їх, при цьому на стороні парезу рука буде нижче і швидше опускатиметься;

- дистальний парез рук – характеризується обмеженням обсягу довільних рухів і сили їх в кисті при відносно збереженій силі і обсязі рухів в плечовому суглобі. Найбільш простий спосіб виявлення дистального парезу – рукостискання;

- тотальний парез у всій руці виникає в результаті пошкодження верхнього і нижнього первинних пучків плечового сплетення спинного мозку (млявий варіант) або ж внаслідок ураження відповідної зони кори головного мозку (спастичний варіант).

3. Тонічний принцип. Залежно від переважаючого в паретичній верхній кінцівці м'язового тону педагог повинен підбирати відповідні корекційні трудові операції. У зв'язку з цим коротко охарактеризуємо чотири основні стани м'язового тону в руках:

- м'язова гіпотонія – захворювання, що характеризується неприродним зниженням тону м'язових волокон. Дана патологія м'язів настає при змінній роботі периферичного відділу рухового нейрона, нейрональних складових спинного мозку, а також при ураженні ретикулярної формації стовбура головного мозку;

- м'язова нормотонія – стан здорових м'язів, при якому м'язова тканина еластична, тону м'язів-антагоністів збалансований, врівноважений, а згинання – розгинання кінцівки відбувається природно, без особливих зусиль;

- м'язова гіпертонія – стан м'язів з неприродно високим тонусом, що створює певні труднощі при виконанні згинання та розгинання кінцівок. При такому гіпертонусі м'язи у дитини знаходяться в стані постійної напруги і характеризуються, як жорсткі, тверді, щільні. Можна сказати, що м'язовий гіпертонус є первинною і найбільш значущою ознакою спастичності;

- м'язова дистонія – це синдром, що викликає патологічне скорочення м'язів, що чергується з їх розслабленням, яке призводить до частих, непідвладних волі людини рухам частин тіла і ненормальним позам. Зазвичай м'язова дистонія зачіпає шию, обличчя, очі і верхні кінцівки.

4. Принцип адекватності трудових маніпуляцій наявним руховим порушенням. Повноцінна трудотерапія буде неможливою, якщо педагог не буде враховувати в кожному конкретному випадку особливості тих чи інших рухових порушень, наявних у конкретної дитини. У зв'язку з цим позначимо хоча б основні з них:

- спастичний згинальний варіант – паралізація центрального генезу: проявляється спастичним скороченням м'язів, що призводять до вимушеного згинання в суглобах; тонус м'язів підвищений, але при цьому м'язова сила недостатня. При парезі рухи руки зберігаються, але виконати будь-яку дію без докладання істотних зусиль не виходить;

- спастичний розгинальний варіант – протилежний попередньому, оскільки в даному випадку верхні кінцівки перебувають в стані вимушеного розгинання – випрямлення, через що вельми утруднені операції, пов'язані з необхідністю згинати верхні кінцівки у всіх їх біюланках;

- дистонічний варіант – характеризується мінливістю м'язового тону (від стану гіпотонії до стану гіпертонії), а також пов'язаної з цим нестабільністю положення кінцівки в просторі і складності довільного маніпулювання нею;

- гіпотонічний варіант – представлений млявою, слабкою кінцівкою, нездатною розвивати необхідні м'язові зусилля при виконанні певних трудових операцій.

5. Принцип ручної предметно-маніпулятивної діяльності. В основі практично всіх видів трудової діяльності лежить маніпулювання з певними предметами, зокрема, із знаряддями праці, інструментами. Ручна предметно-маніпулятивна діяльність в трудотерапії має на увазі різні дії однією або двома руками з інструментами і матеріалами (заготовками) з метою розвитку основних кистьових функцій (захоплення, дворучної координаційної, обертальної, прокочування, маніпулятивної, інструментальної та ін.), ручної вмілості, а також для досягнення будь-якого ігрового, педагогічного, діяльнісного результату. Це має велике значення в подальшому розвитку дитини, зокрема, в оволодінні нею необхідними професійними трудовими вміннями і навичками, як одного з найбільш значущих елементів соціалізації.

6. Принцип орудійної логіки. Досягнення певного результату в трудовій діяльності має на увазі наступний причинно-наслідковий орудійний алгоритм: **цільовий результат** (те, що ми хочемо отримати) – **вид трудової операції** (те, що ми будемо для цього робити) – **вид трудових коригуючих рухів** (те, як ми будемо це робити, виправляючи наявні рухові порушення).

Позитивними моментами такої діяльності є конкретне пізнання властивостей різних матеріалів, ознайомлення з призначенням тих чи інших

інструментів, пристосувань, ефективними способами взаємодії з ними, а також програмована кінцева результативність трудових дій.

7. Принцип сюжетно-ігрової активації трудотерапії. Передбачається, що вся корекційна робота з використанням трудотерапії (в тому числі і на занятті з фізичної культури) заснована на ігровому методі як найбільш ефективному і природному для дошкільнят. Ігрова мотивація є потужним стимулом при виконанні будь-якої рухової дії, включаючи трудову. Даним підходом передбачається втілення в процес трудової терапії наступних методичних позицій: певної театралізації трудової діяльності; сюжетної основи трудотерапії; застосування ігрових образів; рольова реалізація цих образів; емоційного забарвлення трудових коригуючих маніпуляцій; елементів драматизації в процесі трудотерапії.

Перспективи подальшого дослідження цього напрямку спеціальної педагогіки знаходяться у варіантах пошуку нових специфічних принципів трудотерапії саме для дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, використання яких підвищить ефективність трудотерапії у фізичній реабілітації вказаного контингенту дітей в умовах закладу дошкільної освіти.

Список використаних джерел

1. Авдоница В.Ю. Эрготерапия как неотъемлемая часть социальной реабилитации в реабилитационном центре для детей и подростков с проблемами здоровья // *Социальное обслуживание*. 2015. №8. С.98-101.

2. Ахундеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, – новый этап развития реабилитологии // *Казанский медицинский журнал*. 2007. №1. Т.88. С.5-9.

3. Ахундеев Э.И. Новый этап в методологическом развитии восстановительного лечения, медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов // *Вертебрология*. 2006. Т.13. №1-2. С.32-37.

4. Буренина И.А. Методологические основы современной реабилитации (клиническая лекция) // *Вестник современной клинической медицины*. 2008. Том1. Вып.1. С.88-92.

5. Голяченко А.А. Медицинская реабилитация в Украине: достижения и проблемы // *Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия*. 2007. №1. С.57-61.

6. Ерохин Ю.С. Технология социальной работы с детьми-инвалидами // *Ученые записки*. 2009. №10. С.92-99.

7. Мога Н.Д., Кантаржи В.К. Трудотерапия как метод адаптации в коррекционном физическом воспитании дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата // *Научные труды: ВАКИ-2020*. С. 167-175.

8. Юнусов Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф. Юнусов, В. Гагер, С. Микус. М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России». 2004. 310 с.