

康复医学与特殊教育相结合对学龄前智障儿童认知功能障碍恢复的影响

刘 莲

(临沂市残疾人康复服务中心 山东临沂 276000)

摘要: 目的 分析学龄前智障儿童联合使用康复医学与特殊教育的效果。方法 从 2021 年 1 月-2021 年 12 月的学龄前智障儿童中随机抽取 30 例, 双盲法均分为 A 组(康复医学干预)和 B 组(康复医学干预+特殊教育), 对比两组效果。结果 B 组干预后学习态度评分、Gesell 评分、ADL 评分、认知能力评分优于 A 组 ($P < 0.05$)。结论学龄前智障儿童联合使用康复医学与特殊教育能显著提升患儿的认知能力、日常生活活动能力、智力水平、神经功能。

关键词: 学龄前智障儿童; 康复医学; 特殊教育; WPPSI 评分; 认知能力评分

智障儿童是指和健康儿童相比智力水平严重低下, 很多智障儿童不仅行为适应障碍, 还在精神方面存在问题。不仅患儿自身非常痛苦, 还会给家属带来较大的精神和照看压力, 对于社会来说也是一个迫切需要解决的问题^[1]。经大量临床研究结果显示, 如果在早期将智障儿童诊断出来, 并及时给予其有效的治疗干预, 有可能使其回归社会, 减轻家庭和社会压力^[2]。本研究分析了学龄前智障儿童联合使用康复医学与特殊教育的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从 2021 年 3 月-2022 年 3 月的患者中随机抽取例, 双盲法均分为 A 组和 B 组, A 组(例)年龄 3-10 岁, 均值 (6.15 ± 2.37) 岁, 男女比例 (10:5); B 组(例)年龄 4-9 岁、均值 (6.28 ± 2.41) 岁, 男女比例 (11:4)。一般资料对比 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 A 组

A 组: 康复医学干预。(1) 从坐站行、跑跳踢、拍抛接等方面进行粗大运动训练;(2) 从基本手部操作、双手配合、手眼协调、使用工具等方面进行精细动作训练;(3) 从理解训练、口部运动、构音等方面进行语言训练;(4) 从因果关系、相关概念(空间、物品、颜色、形状、数学)、反应能力等方面进行认知训练;(5) 从进食、如厕、梳洗穿衣、生活技能等方面进行生活自理能力训练; 从自我概念、自我控制能力等方面进行社会交往能力训练^[3]。(6) 使用经颅磁刺激仪刺激双侧前额区, 参数设置: 频率 5Hz、刺激强度(静息运动阈值 100%, 刺激量 800 个脉冲/d), 连续 6d, 间隔 3 周再连续 6d, 治疗 4 个疗程。(7) 仰卧, 医者用拇指顺时针、逆时针按揉百会各 36 次; 中指指腹顺时针、逆时针按揉风池(双)、翳风(双)各 36 次; 拇指指腹顺时针、逆时针按揉四白(双)、印堂各 36 次, 15min/次, 1 次/d, 按摩 3 月。(8) 针灸: 选穴为百会、四神聪、神门、太冲、风府、大陵、昆仑等。20min/次, 次/2d。

1.2.2 B 组

B 组: 康复医学干预(同上)+特殊教育。(1) 感知觉训练: 听觉、视觉、触觉、嗅觉、味觉、运动觉、平衡觉、本体觉等的训练; 视听统合、感觉统合等。(2) 身体运动能力训练: 指感官和肢体配合、动作的协调及控制力度和速度等。粗大动作: 单脚站立、双脚跳、单脚跳、交换跳、跑、踮着脚尖走、俯卧等; 精细动作: 用笔写、用手指捏、用筷子夹、用剪刀沿线剪等。(3) 记忆训练: 复述策略: 采用各种感官一而再、再而三地处理接收来的信息; 组织策略: 教导他们使用构图、列表、大纲或分类等方式来组织

学习材料, 以便于记忆。(4) 学习训练: 组织策略: 如管理学习或活动时间; 整理学习或生活空间; 整理学习材料。资源使用策略: 如学会使用图书馆、工具书、网络或询问相关人员等方式来获取信息。(5) 功能性学业能力训练: 生活语文: 认识社区中常见图形、符号、标志及文字; 阅读常用词语及短文; 书写文字, 正确表达个人思想与请求等; 生活数学: 获得基本的数学概念; 具备基本运算与使用计算工具的能力; 会使用钱币并估计价格, 具备消费和财务保管能力; 能运用计时工具管理时间等。(6) 因材施教: 教师与学生进行直接接触后, 首先要认真观察了解学生, 恰当地估计学生现有的能力水平; 然后针对每个不同的学生确定不同的教育目标, 同时采取切实措施因材施教。(7) 强化训练: 为了使智障学生全面发展, 运用学校现有的各种器材对他们进行了一系列训练。经过一段时间, 感觉统合训练可以提高他们身体各器官的机能, 促进他们的全面发育。在这个过程中, 还使智障儿童认识了各种器械, 丰富了他们的词汇, 提高了他们的动手能力。

1.3 指标观察

1.3.1 自制学生学习态度观察量表评估值和学习态度良好程度成正比。

1.3.2 神经发育评估量表(Gesell)评估值越高患儿神经发育情况越好。

1.3.3 日常生活活动量表(ADL)评估值越高患儿日常生活活动能力越强。

1.3.4 特殊儿童认知能力评估表评估值越高患儿认知能力越强。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比学习态度评分

干预前两组学习态度评分 ($p > 0.05$), 干预后 B 组高于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 1:

表 1 对比学习态度评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

指标	时间	B 组 (n=15)	A 组 (n=15)	t 值	P 值
注意力	干预前	42.62 ± 5.64	42.69 ± 5.49	0.034	0.972
	干预后	65.23 ± 4.12	65.98 ± 4.15	0.496	0.623
模仿力	干预前	42.86 ± 5.82	42.92 ± 5.96	0.027	0.977
	干预后	65.37 ± 4.84	65.84 ± 4.81	0.266	0.791
独立性	干预前	42.68 ± 5.43	42.71 ± 5.49	0.015	0.988

耐力	干预后	65.34 ± 4.35	65.69 ± 4.42	0.218	0.828
	干预前	42.61 ± 5.26	42.13 ± 5.19	0.251	0.803
适应力	干预后	65.26 ± 4.37	65.11 ± 4.32	0.094	0.925
	干预前	42.61 ± 5.46	42.68 ± 5.41	0.035	0.972
	干预后	65.81 ± 4.67	65.15 ± 4.59	0.390	0.699

2.2 比较 Gesell 评分

干预前两组 Gesell 评分对比 (p>0.05), 干预后 B 组高于 A 组 (P<0.05), 见表 1:

表 2 对比 Gesell 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

指标	时间	B 组 (n=15)	A 组 (n=15)	t 值	P 值
适应性	干预前	75.68 ± 3.27	75.61 ± 3.25	0.058	0.953
	干预后	101.58 ± 6.76	95.91 ± 5.38	2.541	0.016
大运动	干预前	76.89 ± 4.21	76.94 ± 4.32	0.032	0.974
	干预后	105.85 ± 4.17	98.38 ± 4.24	4.864	0.000
精细运动	干预前	76.15 ± 3.57	76.36 ± 3.47	0.163	0.871
	干预后	102.62 ± 7.96	94.26 ± 6.83	3.086	0.004
语言	干预前	78.25 ± 3.17	78.13 ± 3.21	0.103	0.918
	干预后	112.84 ± 5.91	104.12 ± 5.74	4.099	0.000
总均值	干预前	81.23 ± 3.14	81.69 ± 3.21	0.396	0.694
	干预后	106.64 ± 4.13	97.32 ± 4.47	5.931	0.000

2.3 对比 ADL 评分

干预前两组 ADL 评分对比 (p>0.05), 干预后 B 组高于 A 组 (P<0.05), 见表 3。

表 3 对比 ADL 评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

指标	时间	B 组 (n=15)	A 组 (n=15)	t 值	P 值
个人卫生动作 (10 分)	干预前	3.12 ± 1.28	3.14 ± 1.22	0.043	0.965
	干预后	6.28 ± 1.59	5.16 ± 1.21	2.170	0.038
进食动作 (14 分)	干预前	5.26 ± 1.68	5.32 ± 1.62	0.099	0.921
	干预后	9.56 ± 1.13	8.69 ± 0.98	2.252	0.032
更衣动作 (14 分)	干预前	5.16 ± 1.54	5.14 ± 1.53	0.035	0.971
	干预后	9.72 ± 2.25	7.94 ± 2.18	2.200	0.036
排便动作 (6 分)	干预前	2.03 ± 0.56	2.05 ± 0.58	0.096	0.924
	干预后	4.13 ± 0.61	3.56 ± 0.52	2.754	0.010
认知交流 (8 分)	干预前	3.12 ± 0.84	3.13 ± 0.82	0.032	0.973
	干预后	5.68 ± 1.23	4.72 ± 1.10	2.253	0.032
床上运动 (12 分)	干预前	5.34 ± 1.03	5.38 ± 1.05	0.105	0.916
	干预后	8.67 ± 1.52	7.24 ± 1.43	2.653	0.013
转移移动 (12 分)	干预前	5.42 ± 1.28	5.36 ± 1.25	0.129	0.897
	干预后	8.89 ± 1.58	7.24 ± 1.46	2.970	0.006
步行动作 (16 分)	干预前	8.15 ± 1.64	8.11 ± 1.62	0.067	0.946
	干预后	13.51 ± 1.23	12.17 ± 1.16	3.069	0.004

2.4 对比认知能力评分

干预前两组认知能力评分对比 (p>0.05), 干预后 B 组高于 A 组 (P<0.05), 见表 4。

表 4 对比认知能力评分 [$\bar{x} \pm s$ (分)]

分组	例数	轻度 (6)		中度 (4)		重度 (3)		超重度 (2)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
B 组	15	52.34	75.68	38.38	49.62	25.59	35.64	12.38	21.68

		±	±	±	±	±	±	±	±
		2.13	5.24	2.37	2.03	3.16	2.43	2.37	1.51
		52.18	68.13	38.42	43.86	25.42	29.13	12.42	15.37
A 组	15	±	±	±	±	±	±	±	±
		2.15	4.52	2.19	1.37	3.08	1.84	2.41	2.24
t	-	0.129	2.672	0.024	4.703	0.066	3.699	0.016	4.567
p	-	0.899	0.023	0.981	0.003	0.950	0.020	0.988	0.044

3 讨论

学龄前智障儿童从姿势、运动等方面接受医学康复训练, 矫正肌肉-骨骼系统的变形、挛缩, 必要时使用外科支具, 有利于患儿恢复正常的运动和姿势模式, 促使患儿智力和神经功能正常发育, 降低并发症出现的概率^[5-6]。通过医学康复能对患儿粗大运动功能有效改善, 对于患儿来说粗大运动功能直接影响其移动、自理、社会功能, 同时能提升其日常生活活动能力。学龄前智障儿童不仅存在粗大运动障碍, 其心理和生理年龄具有加大的差异, 因此在医学康复的基础上联合特殊教育, 能取得更好的恢复效果^[7-8]。

学龄前智障儿童特殊教育的原则: 早干预、早矫正、有兴趣、因材施教、反复练习、循序渐进等。本次研究将感知觉训练、身体运动能力训练、记忆训练、学习训练、功能性学业能力训练等方面设计特殊教育课程, 使智障儿童更好的恢复认知功能, 通过引导患儿学习, 促使患儿主动参与社会活动, 使其掌握语言、生活技巧等, 提高患儿的生存能力^[9-10]。

本文中 B 组干预后学习态度评分、Gesell 评分、ADL 评分、认知能力评分优于 A 组 (P<0.05), 证实学龄前智障儿童联合使用康复医学与特殊教育的良好效果。以医学康复为基础, 联合特殊教育, 能使患儿更好的恢复运动和认知功能。

综上所述, 学龄前智障儿童联合使用康复医学与特殊教育能显著提升患儿的认知能力、日常生活活动能力、智力水平、神经功能。

参考文献:

- [1]王迎.偏差与排斥:智障儿童家庭教育的现实考察与策略选择——基于 X 特教中心 8 名智障儿童的分析[J].社会福利(理论版),2021(10):52-61.
- [2]刘全礼,王琦,葛康美,周旭,讷蕾蕾,韩冰.智力障碍儿童父母的特殊教育素养研究[J].中国特殊教育,2021(8):38-43.
- [3]蒲玉贞.随班就读智力落后学生心理健康教育问题探究[J].家长,2021(23):8-9.
- [4]张怀彤.特殊教育学校智障儿童生活能力培养[J].智力,2020(12):21-22.
- [5]王梅.特殊教育中智障儿童不良行为纠正漫谈[J].科幻画报,2020(1):176.
- [6]戚耀月,谭丽金,黄美貌,杨馥榕.音乐教育在智障儿童的教育中的运用探讨[J].心理月刊,2020,15(1):51.DOI:10.19738/j.cnki.psy.2020.01.037.
- [7]王美,苗春风.智障儿童家庭教育的组工作探索——基于江西省 L 县特殊教育学校的实践[J].社会福利(理论版),2019(9):38-44.
- [8]智障儿童家庭教育问题现状研究及建议[C]/2019 年第四届特殊教育华山论剑暨中国心理卫生协会残疾人心理卫生分会特殊教育专业委员会 2019 年年会论文集.,2019:432-439.
- [9]刘延明.对智障儿童开展体能训练的方法[J].新课程(上),2019(6):94.