



МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕЛЕКАРСТВЕННЫМИ МЕТОДАМИ

УДК [616.2 – 022: 159.938] – 053.5 – 085.89

¹Кудаева Л.М., ведущий научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ, к.м.н., доцент;

²Хегай М.М., старший научный сотрудник, к.м.н.;

¹Бронфман С.А., старший научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ, к.м.н.

¹ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

²ФГБУ «Научный Центр здоровья детей РАМН», г. Москва, Россия

APPLICATION OF NOT MEDICINAL METHODS FOR RESTORATION OF THE COGNITIVE AND PSYCHOEMOTIONAL SPHERE IN SICKLY CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE

Kudaeva L.M., Hegaj M.M., Bronfman S.A.

Введение

В последние годы в общеобразовательных учреждениях расширилась группа детей с различными нервно-психическими нарушениями, куда, как правило, входят все дети сотягощенным анамнезом: патология беременности и родов, перинатальная патология с наличием функциональных мозговых дисфункций. У таких детей наблюдается: нарушение сна, головные боли различной локализации и характера, эмоциональная лабильность, повышенная тревожность, гиперактивность, расторможенность, тики, энурез и др. [1, 2] При дополнительном обследовании более 90% детей имеют патологию ЛОР-органов, 60% из них болеет острыми респираторными заболеваниями более 6 раз в год, 30% детей болеет ежемесячно, что свидетельствует о снижении у них иммунитета [3, 4].

Наряду с этим, у них часто отмечается неустойчивость познавательной деятельности, снижено восприятие и воспроизведение учебного материала, нарушены интегративные и дифференциальные функции интеллекта, затруднено освоение учебного материала [5, 6].

Цель работы

Провести комплексную оценку психофизического состояния часто болеющих респираторными инфекциями детей младшего школьного возраста. Определить уровень развития их познавательной и эмоциональной сфер и провести сравнительный анализ динамики данных психофизического состояния между группами с разной частотой заболевания в результате лечения.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 352 ученика в возрасте 7–10 лет. В начале исследования дети были

распределены по частоте заболеваний ОРВИ в течение года, на три группы: первая (n=104) – практически здоровые дети, болеющие ОРВИ до 3 раз в год; вторая (n=170) – болеющие 4–6 раз и третья (n=78) – дети, болеющие 6 и более раз в год. Дети второй и третьей групп относятся к группе часто болеющих детей (ЧБД). Каждая группа разделена на две подгруппы: основную и контрольную, сопоставимые по всем анамнестическим и клиническим параметрам. В основные подгруппы входили 184 учащихся (101 мальчик и 83 девочки). Контрольные подгруппы составили 168 учащихся (86 мальчиков и 82 девочки).

Нами был разработан комплекс мероприятий, направленный на восстановление и укрепление здоровья школьников, который проводился с детьми основных подгрупп. Дети контрольных подгрупп находились под нашим наблюдением, но без оздоровительных мероприятий. Восстановительно-оздоровительный комплекс состоял из:

1. Регулярное воздействие акупунктурой на биологически активные зоны (БАЗ) грудины, лица, шеи и рук (VC20, VC22, E9, V10, VG14, GI20, V7, IG19, Gi4) [4, 7]. Обычно акупунктура проводилась 3 раза в день.
2. Санация полости рта, носа и глотки [4];
3. Дыхательная гимнастика [8].
4. Упражнения для уменьшения статического напряжения мышц плечевого пояса, кистей рук, позвоночника, формирования правильной осанки [9].
5. Упражнения для снятия зрительного утомления во время уроков по методике, разработанной МНИИ глазных болезней им. Г. Гельмгольца. Педагоги, прошедшие подготовку, проводили на каждом уроке

«Минутки здоровья», включающие те или иные элементы комплекса. Наряду с этим, с детьми и их родителями проводились беседы о значении знаний о культуре здоровья как основе формирования качества жизни [10].

Все дети были осмотрены педиатром, ЛОР-врачом, психологом. Психологическое обследование проводилось по методикам «Корректирующая проба», «долговременная память», «четвертый лишний», «лестница», «уровень тревожности», «два дома» [11, 12].

Результаты и их обсуждение

Определение уровня развития познавательной сферы ребёнка (концентрация и распределение внимания, уровень логического мышления, долговременная память, способность к обобщению и систематизации) выявили достоверное ($p < 0,05$) отличие показателей детей второй и третьей групп от детей первой группы. У половины детей второй и у более 60% – третьей групп в работе с корректирующей пробой выявлялось снижение темпа и ослабление внимания по мере выполнения задания и одновременное увеличение количества ошибок. Дети этих групп быстро истощались и отвлекались, делали много орфографических ошибок. Тогда как, около 85% детей 1-й группы выполняли задание быстро и без ошибок и поэтому были более успешны в учебной деятельности. При обследовании уровня развития внимания у детей выявлено достоверное различие ($p < 0,05$) между показателями группы редко болеющих детей и детьми второй и третьей групп. Высокий уровень развития долговременной памяти (УРДП) в первой группе имели 64,5% детей, а в третьей 24,2% детей, в то время как, низкий уровень развития долговременной памяти в первой группе имели 9,6% детей, а в третьей – 26,7% детей (Таб. 1). При исследовании уровня развития обобщений у детей наблюдалась такая же картина (Таб. 2). Так, высокий уровень развития обобщений имели: 57,8% детей первой группы, 45,8% детей второй группы и 25,3% детей третьей группы. Тогда как 54,2% детей второй группы и 76,9% – третьей имели средний и низкий уровень развития обобщений и не умели выделить главное в поставленных задачах.

В связи с этим, становится понятным, что в условиях урока любое задание для детей второй и третьей групп необходимо повторять несколько раз. Они нередко, поднимая руку, молчали при ответе, забывая, о чем хотели сказать, начинали нервничать, терять основную тему, не

могли обобщить материал, что в последующем приводило к заниженной самооценке и эмоциональным срывам.

Обследование эмоциональной сферы ЧБД показало, что эти дети более тревожны, эмоционально лабильны, быстро устают и отвлекаются. У 27% ЧБД отмечался синдром нарушения внимания с гиперактивностью с такими проявлениями как: нарушение внимания – 96%, эмоциональная активность – 83%, гиперактивность – 80%, импульсивность – 63%.

Исследование уровня личностной тревожности у детей показало, что у более 76,8% детей второй группы и 98,7% – третьей определялся высокий уровень тревожности. Низкий уровень личностной тревожности определялся у 64,2% детей первой группы, 23,1% детей второй группы и 1,3% у детей третьей группы (Таб.3).

Высокий уровень тревожности являлся одним из факторов формирования низкой самооценки у ЧБД, по шкалам «хороший – плохой» и «умный – глупый», «красивый – некрасивый» они оценивали себя достоверно ниже ($p < 0,05$), чем дети первой группы. Так, 70–80% этих детей имели низкую самооценку, у них более часто возникали сложности в общении с детьми в классе, что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у редко болеющих сверстников (7,2%). Формирование низкой самооценки и повышенной внутренней тревожности у детей второй и третьей групп способствовало развитию робости, боязливости, неуверенности в себе. Достаточно широкий круг ситуаций ЧБД воспринимали, как угрожающие и реагировали на них состоянием тревоги и страха. Они боялись стать «отвергнутыми» своими сверстниками, учителем и родителями. У них возникали сложности в общении с детьми в коллективе, что подтверждалось данными социометрии. Социометрические исследования показали, что 40,8% детей третьей группы воспринимались одноклассниками как «отвергаемые», а 5,8% – как «изгои». Только 2,2% детей этой группы воспринимались как «предпочитаемые» одноклассниками (Таб.4).

Кроме того, формированию низкой самооценки, характерной для ЧБД, способствовало отношение матери к своему ребёнку. В беседе с матерями ЧБД выявлялась их высокая личностная тревожность, а в отношении к ребёнку преобладало скрытое эмоциональное отвержение. Одной из возможных причин такого отношения, являлось несоответствие реального взгляда на ребёнка и идеальных представлений матери о нём. Эмоциональное отвержение часто маскировалось доминирующей

Таблица 1. Распределение детей по уровням развития долговременной памяти в группах

| Уровни развития памяти | Первая группа | Вторая группа | Третья группа |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Высокий | 64,5% | 51,2% • | 24,2% •* |
| Средний | 25,9% | 38,3% • | 49,1% •* |
| Низкий | 9,6% | 10,5% | 26,7% •* |

• $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 2 группами, • $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 3 группами, * $p < 0,05$ достоверные различия между 2 и 3 группами

Таблица 2. Распределение детей по уровням развития обобщения

| Уровни развития обобщения | Первая группа | Вторая группа | Третья группа |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Высокий | 57,8% | 45,8% • | 25,3% •* |
| Средний | 38,5% | 39,6% | 42,8% •* |
| Низкий | 3,7% | 14,6% • | 31,9% •* |

• $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 2 группами, • $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 3 группами, * $p < 0,05$ достоверные различия между 2 и 3 группами

Таблица 3. Распределение детей в группах по уровням личностной тревожности

| Уровень тревожности | Первая группа | Вторая группа | Третья группа |
|---------------------|---------------|--------------------|---------------------|
| Низкий | 64,2% | 23,1% [•] | 1,3% ^{•*} |
| Средний | 24,5% | 44,5% [•] | 56,5% ^{•*} |
| Высокий | 11,3% | 32,4% [•] | 42,2% ^{•*} |

[•] $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 2 группами, [•] $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 3 группами, ^{*} $p < 0,05$ достоверные различия между 2 и 3 группами

гиперопекой со стороны матери, что выражалось в ее стремлении участвовать во всех сферах жизнедеятельности ребенка, лишая его самостоятельности. 55,6% матерей ЧБД воспринимали своих детей, как неприспособленных и неуспешных – «маленьких неудачников», проявляя при этом гиперопеку, старались оградить его от трудностей жизни, что зачастую способствовало их дезадаптации. Между матерью и ребенком складывались неадекватные взаимоотношения, при которых ребенок становился зависимым от нее, вынужденным каким-то образом привлекать к себе ее внимание, становясь при этом все более тревожным. Высокий уровень тревожности способствовал их недостаточной эмоциональной приспособленности к тем или иным социальным ситуациям. ЧБД достоверно ($p < 0,05$) чаще попадали в группу «пренебрегаемых» и реже в группу «предпочитаемых» по сравнению с редко болеющими детьми. У них труднее и длительнее происходил процесс адаптации к школе, а их родители чаще отмечали отсутствие друзей у ребенка по сравнению с детьми первой группы.

С целью определения эффективности разработанного нами восстановительно-оздоровительного комплекса был проведен сравнительный анализ динамики показателей психоэмоциональной сфер детей и заболеваемости между детьми основных и контрольных подгрупп. Сравнительный анализ полученных результатов психологического обследования показал, что в основных подгруппах в конце исследования достоверно ($p < 0,05$) увеличился процент детей с высоким уровнем развития памяти, отсроченного воспроизведения и уровня обобщения и снизился процент детей с низкими показателями, что свидетельствует об улучшении операционных характеристик познавательной сферы детей в этих подгруппах. Так, при выполнении задания детьми первой группы выявлено, что в основной подгруппе процент детей с высоким уровнем развития долговременной памяти (УРДП) достоверно возрос с 64,3% до 79,2% ($p < 0,05$), а процент детей с низким УРДП снизился до 3,1%. В контрольной подгруппе достоверных изменений в показателях УРДП не произошло. Во второй группе в основной подгруппе достоверно ($p < 0,05$) увеличился процент детей с высоким УРДП

с 51,2% до 78,1% и достоверно снизился процент детей с низким УРДП до 4,7%.

У детей в основных подгруппах достоверно ($p < 0,05$) повысилось умение выделять главное в поставленных задачах, обобщать существенные признаки и правильно объяснить принципы выполнения задания. Так, в основной подгруппе первой группы процент детей с высоким уровнем обобщения достоверно ($p < 0,05$) увеличился с 57,8% до 76,6%, в то время как процент детей с средним уровнем развития обобщений достоверно ($p < 0,05$) уменьшился в основной подгруппе с 38,5% до 21,8%

В основной подгруппе второй группы процент детей с высоким уровнем развития обобщения достоверно ($p < 0,05$) увеличился с 45,8% до 70,4%, одновременно уменьшился процент детей с низким уровнем развития обобщения с 14,6% до 6,8%. В контрольной подгруппе достоверного улучшения не произошло. Так, процент детей с высоким уровнем развития обобщения увеличился на 6,2%. В основной подгруппе третьей группы процент детей с низким уровнем развития обобщения достоверно снизился на 12,2% ($p < 0,05$), а процент детей с высоким уровнем развития обобщения возрос на 30,6%. В контрольной подгруппе процент детей с высоким уровнем обобщения увеличился на 9,3%, с низким уровнем обобщения снизился на 2,8% ($p < 0,05$).

В результате применения восстановительно-оздоровительного комплекса самооценка в основных подгруппах достоверно ($p < 0,05$) повысилась. Улучшилось отношение к школе, педагогу, сверстникам и к самому себе. У детей основных подгрупп достоверно ($p < 0,05$) снизился уровень личностной тревоги. Так, в основной подгруппе первой группы процент детей с высоким уровнем тревожности достоверно ($p < 0,05$) снизился с 11,3% до 2,2%. Одновременно наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение процента детей с низким уровнем тревожности с 64,2% до 81,1%. В основной подгруппе детей второй группы также произошло достоверное снижение процента детей с высоким уровнем тревожности на 20,2% и со средним – на 23,8%, одновременно произошло увеличение процента детей с низким уровнем тревожности на 44% ($p < 0,05$). В контрольной подгруппе процент детей с высоким уровнем тревожности уменьшился на 3,6%,

Таблица 4. Результаты социометрического исследования в группах

| Социометрические группы | Первая группа | Вторая группа | Третья группа |
|-------------------------|---------------|------------------|---------------------|
| «звезды» | 3,2% | 0% | 0% [•] |
| «предпочитаемые» | 25% | 12% [•] | 2,2% ^{•*} |
| «принимаемые» | 68,7% | 50% | 51,2% [•] |
| «отвергаемые» | 3,1% | 36% [•] | 40,8% ^{•*} |
| «изгои» | 0% | 2% | 5,8% [•] |

[•] $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 2 группами, [•] $p < 0,05$ достоверные различия между 1 и 3 группами, ^{*} $p < 0,05$ достоверные различия между 2 и 3 группами

с средним на 13,1%, что достоверно ($p < 0,05$) меньше чем в основной подгруппе.

Анализ сравнения показателей уровня тревожности в третьей группе показал, что в основной подгруппе достоверно снизился процент детей с высоким уровнем тревожности с 42,2% до 16,3% ($p < 0,05$), тогда как процент детей с низким уровнем достоверно ($p < 0,05$) увеличился с 1,3% до 61,9%. В контрольной подгруппе процент детей с низким уровнем тревожности достоверно ($p < 0,05$) увеличился с 2,1% до 13,6%, а процент детей с высоким уровнем тревожности уменьшился с 41,5% до 36,6% ($p < 0,05$). При сравнительном анализе показателей уровня тревожности основной и контрольных подгрупп обращает на себя внимание тенденция к ухудшению психоэмоционального состояния детей в контрольной подгруппе и достоверное ($p < 0,05$) улучшение у детей основной подгруппы. Так, в контрольной подгруппе низкий уровень тревожности имели 13,6% детей, в то время как в основной подгруппе низкий уровень тревожности определялся у 61,9% детей.

Социометрическое исследование показало, что достоверно значимых изменений у детей первой группы не произошло. Дети этой группы контактны и коммуникабельны со своими сверстниками. Среди них нет такой категории детей как «изгои». Во второй группе повторное исследование показало, что в основной подгруппе не стало детей, воспринимаемых другими детьми как «изгои», а также достоверно уменьшился процент «отвергаемых» коллективом детей с 36% до 3,4% ($p < 0,05$). При этом достоверно увеличился процент «предпочитаемых» детей с 12% до 56,3% и появились дети «звезды» ($p < 0,05$).

Реализация программы, направленной на восстановление и укрепление здоровья ЧБД, позволила в течение 2-х лет в 8 и более раз снизить в основных подгруппах количество пропущенных дней по болезни. Так, в начале исследования в течение года было пропущено 11650 дней в году в связи с заболеванием ОРВИ. В течение года реализации программы пропущено 1064 дней. Это произошло как за счет снижения в 3 и более раз количества случаев заболеваний ОРВИ и более чем в 2,5 раза их осложнений, так и за счет снижения продолжительности каждого заболевания, которая в среднем составляла 11,5 дней на каждого ребенка в начале исследования, а в конце исследования сократилась до 4,3 дней. Существенных изменений в случаях заболеваний ОРВИ и дней, пропущенных по болезни, в контрольных подгруппах не наблюдалось. Так, количество дней, пропущенных по болезни, снизилось с 8642,9 до 7284,4, что достоверно ниже по сравнению с основными подгруппами ($p < 0,05$).

Заключение

Результаты работы свидетельствуют об эффективности разработанного нами восстановительно-оздоровительного комплекса в реабилитации часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей в классах начальной школы. Применение оздоровительного комплекса оказывает положительное влияние на улучшение познавательных процессов (внимания, памяти, обобщений) и эмоциональной сферы, что позволяет улучшить качество обучения школьников, увеличить количество детей, получающих оценки «4» и «5», а также нормализовать адаптационные реакции школьников к социуму.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. // Учебное пособие под редакцией Л.С. Цветковой. – М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 272 с.
2. Блинова Л.Н. // Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития. – М.: НЦ ЭНАС, 2001. – 136 с.
3. Безруких М.М. // Здоровьесберегающая школа. – М.: Московский психолого-социальный институт. – 2004. – 204 с.
4. Уманская А.А. Рефлексотерапия при гриппе и их осложнениях: Автореферат. дисс. на соискание уч. степени к. м.н. – М., 1987. – 24 с.
5. Беседина А.А., Сухарева А.Г. Реабилитация школьников, перенесших острые респираторные вирусные инфекции (Б-ка практ.врача). – К.: Здоровье. 1987. – 72 с.
6. Кучма В.Р., Платонова А.Г. // Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. – М.: «Рарогъ», 1997. – 200 с.
7. Хегай М.М. Комплексный подход к восстановлению здоровья детей младшего школьного возраста, часто болеющих острыми респираторными инфекциями: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к. м.н. – Тула, 2007. – 22 с.
8. Попова Н.М., Харламов Е.В. // Дыхательная гимнастика для детей в домашних условиях - М.: ИКЦ «МАРТ»; Ростов-на-Дону, 2004. – 160 с.
9. Жданова Л.А., Русова Т.В., Шистров и др. // Оздоровление детей и подростков в образовательных учреждениях. – Иван. гос. мед. академия – Иваново, 2000. – 91 с.
10. Ильина И.В. // Культура здоровья как основа формирования качества жизни. Вестник восстановительной медицины, 2011. – №6. – С. 52–54.
11. Ануфриев А.Ф. и др. // Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. – М.: Изд-во «Ось-89», 1998. – 224 с.
12. Круглова Н.Ф. // Психологическая диагностика и коррекция структуры учебной деятельности младшего школьника. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 248 с.

РЕЗЮМЕ

Показано, что у часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей имеются нарушения психоэмоционального статуса и снижение когнитивной сферы. Под влиянием восстановительной терапии комплексом нелекарственных методов у школьников улучшается психоэмоциональное состояние и повышается уровень когнитивного статуса.

Ключевые слова: когнитивный и психоэмоциональный статус, нелекарственные методы лечения, острые респираторные заболевания, дети младшего школьного возраста.

ABSTRACT

Disturbances in psychoemotional state and decrease in cognitive sphere in children suffering from remitted acute respiratory diseases were observed in present paper. Ability for complex non-conventional therapies to restore psychoemotional state and cognitive functions was demonstration.

Key words: cognitive and psychoemotional state, non – conventional therapies, acute respiratory diseases, school children.

Контакты:

Кудаева Людмила Михайловна. E-mail: Lum8@yandex.ru

Хегай Мария Михайловна. E-mail: hmm-doc@mail.ru

Бронфман Светлана Ароновна. E-mail: chernenko@mtu-net.ru