УДК 615.825:616.83:376.22

Інна Таран

ВПЛИВ ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЇ НА РОЗВИТОК ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ 3–5 РОКІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ СПАСТИЧНОЇ ФОРМИ

Актуальність проблеми дитячого церебрального паралічу пов'язана зі збільшенням кількості таких хворих. В Україні за 12 останніх років дитяча інвалідність зросла на 78 % (з 95,7 в 1992 р. до 170,4 в 2004 р. на 10 тис. дит. населення). Щорічно 16 тис. дітей отримують статус інваліда, 20 % з них – захворювання нервової системи, перш за все, ДЦП [2]. На 2005 рік за даними авторів Моїсєєнко Р. О. та Мартинюк В. Ю. в Україні кількість хворих ДЦП складала близько 30 тис. осіб. Актуальність проблеми зростає у зв'язку з впровадженням в Україні з 2007 р. нових критеріїв європейських стандартів виходжування новонароджених з масою 500 г (Усесвітня організація охорони здоров'я), що звичайно збільшує ризик інвалідності.

Мета нашого дослідження: довести ефективність впливу розробленої методики гідрокінезотерапії на розвиток психологічного стану дітей з даною патологією.

Поставлена мета досягалася рішенням послідуючих задач:

1. Виявити оцінку соціально-емоційного стану, ігрової діяльності та рівня тривоги дітей віком 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми відповідно нормативних даних.

2. Довести ефективність застосування авторської методики на покращення оцінки психологічного стану в порівнянні із загально-прийнятою методикою.

Дослідження проводилося на базі Херсонського обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів міста Херсон. В експерименті взяли участь 24 особи із спастичною формою церебрального паралічу у віці 3–5 років, які були поділені на основну групу, де впровадилася розроблена методика гідрокінезотерапії, як засобу поетапного формування рухових навиків та порівняльну групу, яка працювала за загальноприйнятою методикою. Експеримент тривав один рік, заняття з гідрокінезотерапії проходили 2 рази на тиждень, тривалістю 30–40 хвилин, при температурі води +30, +32ºС. Лікувально-коррекційна робота будувалася з урахуванням основних порушень.

Проводили тестування досліджуваних для визначення *соціально-емоційного розвитку* [5], де максимальна кількість балів – 28. Рівні розвитку: високий 26–28, достатній 16–25, недостатній 11–15, низький 7–10, дезадаптація 0–6.

Для *оцінки рівня тривоги* застосовували *шкалу Кові* [3]. Цей опитувальник відображає різні за формою прояви тривожних станів, скарги, поведінку, соматичні прояви. Шкала заповнюється батьками. Кожен з 3-х пунктів оцінюється за п'ятибальною системою (від 0 до 4), максимальна кількість – 12 балів. Сумарний бал від 0 до 2 оцінюється як відсутність тривожного стану, від 3 до 5 балів – як наявність симптомів тривоги, а 6 балів і вище – як тривожний стан.

Для визначення *рівня розвитку ігрової діяльності* також використовували таблицю, за якою оцінювали в балах [5]. Рівні розвитку ігрової діяльності: 8–9 балів – високий, 6–7 балів – достатній, 3–5 балів – недостатній, 0–2 бали – низький.

Отримані результати проаналізовані за допомогою загально-прийнятих методів варіаційної статистики з розрахунком середніх величин окремих показників та стандартного відхилення. Вся статистична обробка проводилася в програмах Microsoft Excel (Microsoft Offise 2003) та Statistica 6.0.

Як показано в таблиці 1, середні показники соціально-емоційного розвитку та ігрової діяльності вищі у дітей порівняльної групи, ніж показники дітей основної групи, а показники рівня тривоги навпаки.

А саме, за показниками соціально-емоційного стану, як показано на малюнку 1, спостерігалося: з високим рівнем розвитку по одній дитині в кожній групі; з достатнім рівнем по шість дітей в кожній групі; з недостатнім рівнем в основній групі не спостерігалось, а в порівняльній одна дитина; з низьким рівнем однаково в кожній групі – по дві дитини; дітей з дезадаптацією в основній групі троє, а в порівняльній – дві дитини.

Як видно з таблиці 1, якщо в нормі за тестом досліджувані мають набрати максимально 28 балів, то діти основної групи розвинуті на 55,5 %, а діти порівняльної – на 56,0 %, тобто різниця невелика – 0,5 % в рахунок останньої.

Таблиця 1

Показники середніх значень соціально-емоційного розвитку, оцінки ігрової діяльності та рівня тривожності дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми основної та порівняльної груп до та після курсу реабілітації (n = 12)

Показники	Соціально-емоційний розвиток (бал)		Ігрова діяльність (бал)		Шкала Кові (бал)	
	до курсу	після курсу	до курсу	після курсу	до курсу	після курсу
Основна Група	15,5±2,4	17,9±2,3	6,2±0,8	6,8±0,6	6,65±0,9	5,0±0,7
Порівняльна група	15,75±2,0	17,6±2,0	7,0±0,6	7,4±0,6	6,15±0,7	5,3±0,7

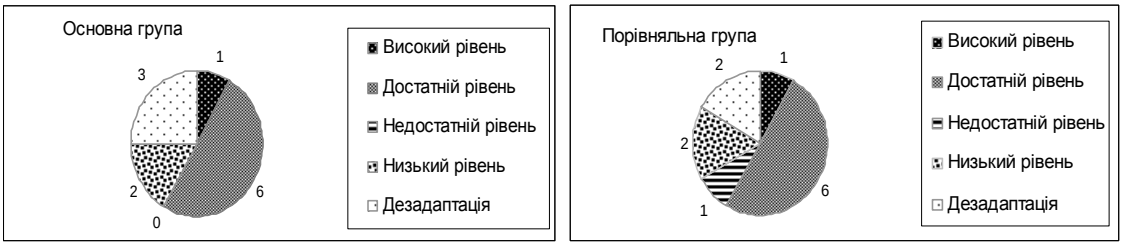

Рис. 1. Соціально-емоційний розвиток дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми

Як видно на рис. 2 показники розвитку ігрової діяльності були наступними: з високим рівнем розвитку в основній групі шестеро дітей, а в контрольній – семеро; з достатнім рівнем в обох групах по одній дитині; з недостатнім рівнем в обох групах по три дитини; з низьким рівнем розвитку в основній групі двоє дітей, а в контрольній – одна дитина.

Показники розвитку ігрової діяльності також склали невелику різницю, але по середнім показникам, як видно з таблиці 1, якщо в нормі за тестом досліджувані мають набрати максимум 9 балів, то діти основної групи розвинуті на 68,8 %, а діти порівняльної – на 77,7 %, тобто різниця склала 8,9 % в рахунок останньої.

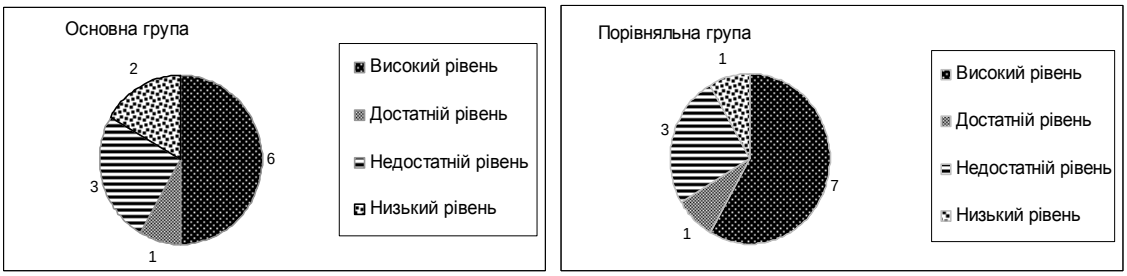

Рис. 2. Розвиток ігрової діяльності дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми

За показниками рівня тривоги, як показано на рис. 3 спостерігалося: дітей з відсутнім тривожним станом в обох групах не виявилося; з наявністю симптомів тривоги в основній – шестеро дітей, в порівняльній – четверо дітей; з тривожним станом в основній групі шестеро дітей, а в порівняльній – восьмеро дітей.

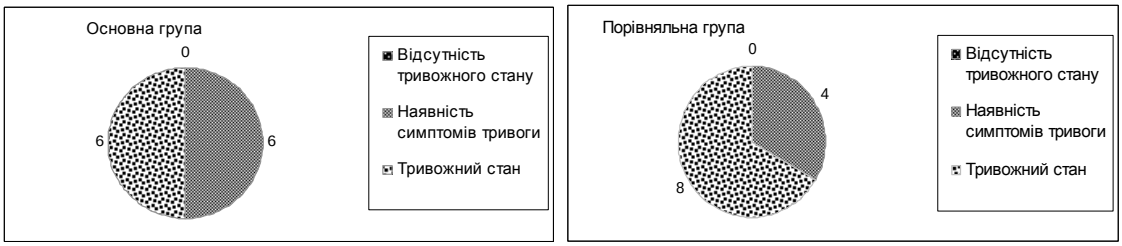

Рис. 3. Рівень тривоги дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми

Тобто, кількість дітей з тривожним станом більше в групі порівняння, але, як видно з таблиці 1, у дітей основної групи скарги, поведінка та симптоми тривожності підвищені до 6,65±0,9 балів, а у порівняльній до 6,15±0,7, тобто нижче на 8,1 % за показник основної групи. Це говорить про те, що восьмеро дітей з тривожним станом в групі порівняння набрали меншу кількість балів ніж шестеро дітей в основній групі, а значить тривожний стан основної групи був гіршим за стан дітей порівняльної групи. Така різниця показників рівня тривоги можливо зв'язана з вищим рівнем інтелектуальної сфери дітей порівняльної групи, що спостерігається в оцінюванні ігрової діяльності та соціально-емоційного стану.

Спираючись на такі дані, нами була запропонована та апробована методика гідрокінезотерапії, як метода поетапного формування рухових навиків. Методика включала не тільки завдання для покращення рухової сфери, але й вплив на соціально-психологічний та емоційний стан хворих завдяки водному середовищу та використанню ігрової форми заняття.

Як показано в таблиці 1 та на рис. 4, 5, 6 після курсу реабілітації показники значно змінилися. А саме, соціально-емоційний розвиток в основній групі покращився на 13,4 %, в групі порівняння – на 10,5 % відповідно вихідних показників. Розвиток ігрової діяльності збільшився в основній групі на 8,8 %, а в групі порівняння на 5,4 %. Відповідно відбулися і зміни показника рівня тривоги, а саме: спостерігається зниження тривожності в основній групі на 1,6 балів, а в групі порівняння на 0,8 балів.

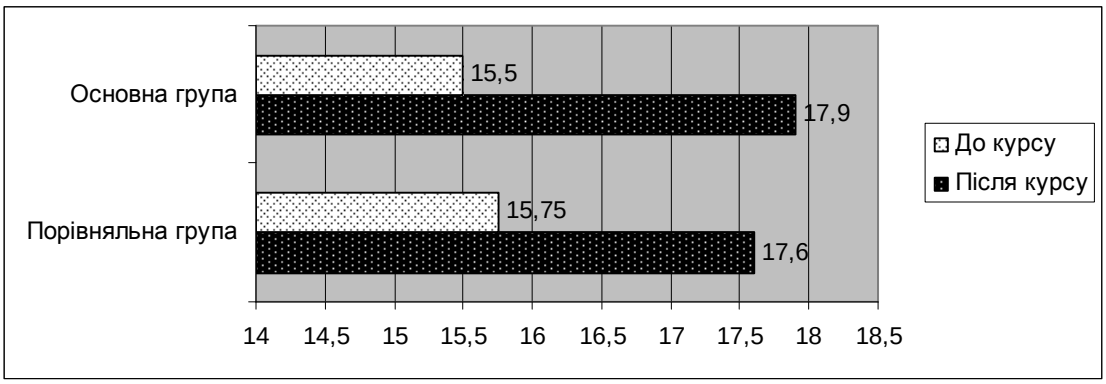

Рис. 4. Динаміка соціально-емоційного розвитку дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форм

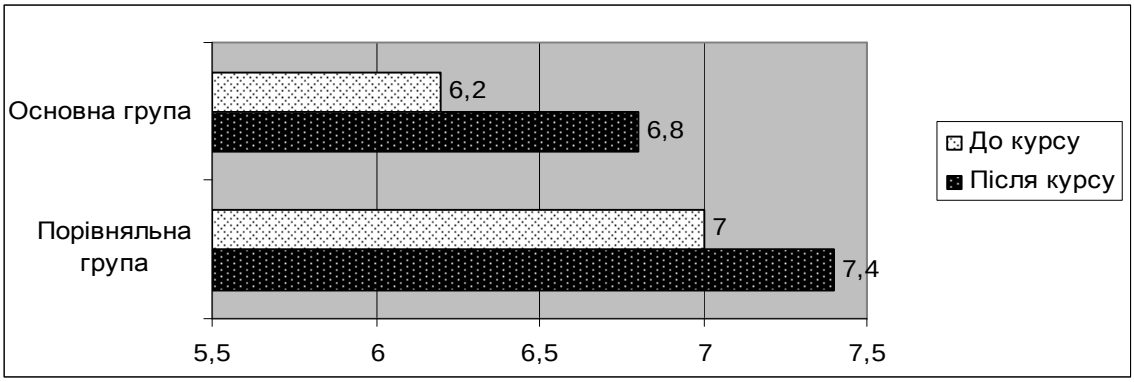

Рис. 5. Динаміка розвитку ігрової діяльності дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми

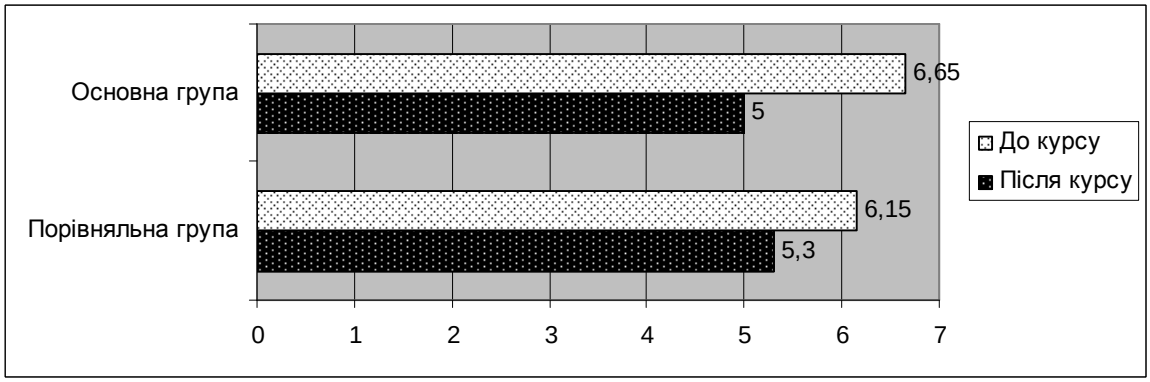

Рис. 6. Рівень тривоги дітей 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми після курсу реабілітації

З приведених даних можна говорити, що діти 3–5 років з церебральним паралічем спастичної форми відстають у соціально-емоційному розвитку в середньому на 44,2 %, в ігровій діяльності на 26,7 %, а рівень тривожності, що проявляється у скаргах, поведінці та симптоматичних проявах підвищений в середньому на 6,4 бали.

Після курсу реабілітації, де використовувалася авторська методика гідрокінезотерапії, найбільш істотні зміни відбулися при зміні показників соціально-емоційного розвитку, а саме в основній групі показник збільшився на 13,4 %, в групі порівняння – на 10,5 %. Аналогічно покращилася ігрова діяльність дітей, а саме: в основній групі показник збільшився на 8,8 %, а в групі порівняння на 5,4%. Відповідно відбулися і зміни показника рівня тривоги, а саме: спостерігається зниження тривожності в основній групі на 1,6 балів, а в групі порівняння на 0,8 балів.

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність застосування розробленої нами методики гідрокінезотерапії, яка значно сприяє покращенню розвитку психологічно стану дітей, що в свою чергу є стимулом для подальшого лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы с детским церебральным параличом / Семенова К. А. – М. : Закон и порядок, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. – 616 с.
2. Козявкин В. И. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / Козявкин В. И., Ткаченко С. К., Качмар О. А., Бабадаглы М. А. – Л. : Медицина, 1999. – 295 с.
3. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1991. – 158 с.
4. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи : навчально-методичний посібник / за ред. Мартинюка В. Ю., Зінченко С. М. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.
5. Психолого-педагогічна діагностика дошкільників з порушенням інтелекту : методичний посібник / [Чурай А. Л., Ведерникова Н. В., Кваріані І. А. та ін.] ; за ред. С. В. Полещук. – Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2009. – 164 с.