



**УНІВЕРСИТЕТ
ГРИГОРІЯ СКОВОРОДИ
В ПЕРЕЯСЛАВІ**

**ВІТЧИЗНЯНА НАУКА НА ЗЛАМІ ЕПОХ:
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної
інтернет-конференції
(16 червня 2020 року)**

№62

Переяслав – 2020

УНІВЕРСИТЕТ ГРИГОРІЯ СКОВОРОДИ
В ПЕРЕЯСЛАВІ

Рада молодих учених університету

Матеріали
Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції
**«ВІТЧИЗНЯНА НАУКА НА ЗЛАМІ ЕПОХ:
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»**

16 червня 2020 року

Вип. 62

Збірник наукових праць

Переяслав – 2020

УДК 001(477)«19/20»
ББК 72(4Укр)63
В 54

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»: Зб. наук. праць. Переяслав, 2020. Вип. 62. 123 с.

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:

Коцур В.П. – доктор історичних наук, професор, академік НАПН України

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Воловик Л.М. – кандидат географічних наук, доцент

Євтушенко Н.М. – кандидат економічних наук, доцент

Кикоть С.М. – кандидат історичних наук (відповідальний секретар)

Носаченко В.М. – кандидат педагогічних наук

Руденко О.В. – кандидат психологічних наук, доцент

Скляренко О.Б. – кандидат філологічних наук, доцент

Солопко І.О. – кандидат фізико-математичних наук, доцент

Юхименко Н.Ф. – кандидат філософських наук, доцент

Збірник матеріалів конференції вміщує результати наукових досліджень наукових співробітників, викладачів вищих навчальних закладів, докторантів, аспірантів, студентів з актуальних проблем гуманітарних, природничих і технічних наук.

Відповідальність за грамотність, автентичність цитат, достовірність фактів і посилань несуть автори публікацій.

©Автори статей

©Рада молодих учених університету

©Університет Григорія Сковороди
в Переяславі

СОЦІАЛЬНА СИТУАЦІЯ РОЗВИТКУ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ПОЯВИ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ З ДЦП ВІКОМ ВІД ДВОХ ДО ТРЬОХ РОКІВ

Робота присвячена дослідженню прояву синдрому госпіталізму у дітей раннього віку, що проживають поза сім'єю. Описано особливості прояву госпіталізму, зокрема, наявність у дітей сенсорної, комунікативної, рухової та емоційної депривації.

Ключові слова: госпіталізм, емоційна депривація, комунікативна депривація, сенсорна депривація, рухова депривація.

The research problem for this study is to describe the clinical manifestations of hospitalism among children living outside their families. The current study investigates manifestation of the disease. Especially reported the presence of sensory, communication, motor and emotional deprivation.

Key words: hospitalism, emotional deprivation, communication deprivation, sensory deprivation, motor deprivation.

Сучасний вітчизняний і зарубіжний досвід роботи з дітьми, що мають синдром госпіталізму, свідчить, що при правильно організованій ранній корекції можливо попередити певні відхилення в розвитку дитини, забезпечити максимальну реалізацію потенціалу її розвитку. Однак, даний підхід передбачає раннє виявлення і діагностику особливих освітніх потреб дитини, що має на меті досягнення максимального скорочення розриву між часом виявлення певного порушення в розвитку дитини та початком цілеспрямованої корекційної допомоги.

Разом з тим, постає серйозна проблема профілактика і подолання синдрому госпіталізму у дітей з дитячим церебральним паралічем, які з тих чи інших причин позбавлені можливості розвиватися та виховуватися в сімейному оточенні. Зауважимо також, що в науковій літературі з даної проблеми термін «госпіталізм» розглядається в діаді з терміном «депривація».

Емоційний досвід, який дитина отримує в сім'ї має важливе значення для формування особистості. З народженням у сім'ї дитини з діагнозом дитячий церебральний параліч всі зусилля батьків, як правило, спрямовані на відновлення втрачених чи недостатньо розвинутих функцій. Діти постійно проходять курси лікування та реабілітації і часто поза увагою батьків лишається психосоціальний та інтелектуальний розвиток дитини. Особливості розвитку дітей з ДЦП обумовлюються первинною структурою дефекту. Вона проявляється у рухових порушеннях, основними серед яких є порушення м'язового тону, парези та параліч. Через ураження рухової сфери у дітей з ДЦП спостерігається і порушення тактильних, кінетичних, зорових та слухових відчуттів. З порушенням зорово-моторної координації тісно пов'язані порушення просторових уявлень та орієнтування у просторі. За результатами досліджень, у значної частини дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч недостатній рівень розвитку мовлення. Максимальний розвиток перерахованих функцій, з опорою на збережені фізичні і психічні можливості, є важливою умовою входження дитини в соціальне життя. Зауважимо, що одним із найважливіших етапів для розвитку дитини є дошкільний вік, зокрема, ранній вік розвитку дитини до трьох років, в якому закладається основа для подальшого психічного, фізичного та інтелектуального розвитку дитини.

Однак, за результатами досліджень в Україні понад вісімдесят тисяч дітей зростають у державних закладах різних типів: дитячих будинках, школах-інтернатах тощо і лише близько 20% цих дітей дійсно є сиротами.

Тому метою даної роботи є аналіз можливих проявів госпіталізму у дітей з ДЦП віком від двох до трьох років, що виховуються поза межами сім'ї.

У дослідженні приймали участь 50 дітей віком від двох до трьох років.

Для виявлення відставання дитини від однолітків в розвитку психічних і моторних функцій в нашій роботі ми застосовували психометричні методи дослідження, важливими характеристиками яких є валідність та надійність. Зокрема, нами були застосовані: шкала RCDI-2000 (Шапіро, Чистович, 2000) від 1 р. 2 міс. до 3 років 6 міс., Мюнхенська функціональна діагностика розвитку (МФДР), «Діагностика нервово-психічного розвитку дітей» Г. В. Пантюхіної, К. Л. Печори та Е. Л. Фрухт, Тест «ГНОМ», Схема спостережень за поведінкою дитини.

Отримані в процесі дослідження результати оброблялися методами математико-статистичного аналізу. Для кількісної обробки емпіричних даних використовувався пакет прикладних програм корпорації StatSoft, Statistica 6.0 для середовища Windows та статистичної системи SPSS.

З метою дослідження особливостей прояву госпіталізму у дітей з ДЦП, що проживають у сім'ї та поза її межами ми застосовували факторний аналіз. Процедура факторного аналізу здійснювалася в статистичній системі IBM SPSS Statistics 25 методом Principal components, ортогонального обертання факторного рішення Varimax.

Статистичний аналіз з даною групою досліджуваних проводився в два етапи. На першому етапі методом кореляційного аналізу ми аналізували дані, які були отримані в процесі психодіагностичного дослідження дітей, з метою визначення показників, які найбільшою мірою впливають на прояв синдрому госпіталізму. На наступному етапі найбільш значимі показники були відібрані для проведення факторного аналізу.

На підставі діаграми опису (Scree Plot) та частки дисперсії змінних, які пояснюються в загальних факторах, на даному етапі для інтерпретації було відібрано чотири фактори, доля сукупної дисперсії яких складає 59,3%.

Перший фактор (18,6%) включає такі змінні: активне мовлення (-0,55), розуміння мови (-0,56), негативізм (0,51), запальність (0,43), скітість (0,43), нерішучість (0,42), уникнення розумових зусиль (0,46), агресивність (0,42), коефіцієнт психічного розвитку (КПР) (-0,47), соціальний розвиток (-0,45), моторика (-0,47).

Аналізуючи змінні, що ввійшли до даного фактору, ми дійшли наступних висновків. Втрата або позбавлення можливості повноцінно задовольняти потреби в адекватному спілкуванні з соціальним оточенням, зокрема з близькими, призводить до недостатнього розвитку мовлення дитини. Зокрема, може бути відсутнє активне мовлення, порушується розуміння мови тощо. Коефіцієнт психічного розвитку дитини не відповідає нормі, що часто призводить до виникнення психічної патології. Соціальний розвиток також суттєво відстає від норми. Діти майже не проявляють самостійності в будь-яких видах діяльності, не вступають в спільну гру з іншими дітьми. Варто також звернути увагу на те, що при недостатньому розвитку мовлення дитина уникає будь-яких розумових зусиль, що, в свою чергу, гальмує подальший розвиток. Такі діти з одного боку можуть проявляти запальність, негативізм, агресивність, з іншого – нерішучість та скітість. Даний фактор ми назвали «комунікативна депривація», оскільки, з нашої точки зору, недостатня комунікація або відсутність комунікації близького оточення з дитиною, що перебуває в будинках-інтернатах, призводить до порушень як в інтелектуальному, так і в особистісному розвитку. Важливо також звернути увагу на недостатню сформованість рухових функцій, що також суттєво ускладнює процес розвитку дитини, оскільки доведено, що розвиток рухових функцій рук суттєво впливає на розвиток вищої нервової діяльності дитини раннього віку.

До складу наступного фактора (16,3%) ввійшли змінні: емоційне відособлення (0,57), тривожність (0,53), КПР (-0,46), соціальний розвиток (-0,51), негативізм (0,50), агресивність (0,48), дефіцит уваги (0,46), загальмованість (0,43), скітість (0,46), страхи (0,52), дрібна моторика (-0,43), розвиток мовлення (-0,46).

Даний фактор ми назвали «емоційна депривація», оскільки дана група досліджуваних, на наш погляд, схильні до виникнення емоційних розладів. Зокрема, для них характерні прояви агресії по відношенню до оточуючих, прояви негативізму, поява страхів різного характеру, застрягання на певних емоційних переживаннях, зниження розумової та фізичної

працездатності. Недостатній розвиток емоційної сфери дитини тісно пов'язаний з розвитком інших сфер. В таких дітей спостерігається недостатній розвиток мовлення, погано розвинена дрібна моторика, низький рівень психічного та соціального розвитку. При дослідженні коефіцієнту психічного розвитку даної групи дітей було виявлено, що найгірше розвинена емоційно-вольова сфера, зокрема, порушена здатність сприймати емоційний стан інших людей та адекватно на нього реагувати, а також спостерігається поява неадекватних реакцій у відповідь на певні дії або реакції оточуючих.

До третього фактору «сенсорна депривація» (12,6%) ввійшли наступні змінні: зорові реакції (-0,52), слухові реакції (-0,48), моторика (-0,41), перцепція (-0,43), конструктивна діяльність (-0,54), активне мовлення (-0,43), навички та вміння (-0,49), застягання (0,43), емоційна нестійкість (0,42), емоційне відособлення (0,42), КПП (-0,47).

Змінні, що ввійшли до даного фактору свідчать про те, що даній групі досліджуваних властиве відставання й уповільнення всіх сторін розвитку. Спостерігається недорозвиненість, незв'язність або відсутність мовлення дитини, гальмування розумового розвитку, процесів сприйняття. Майже відсутні навички та вміння, що властиві дітям на даному етапі розвитку відповідно до віку. Не сформовані навички конструктивної діяльності. Дитина майже не реагує на сенсорні стимули. Таким чином, обмежене середовище спричиняє відсутність реакції дитини на навколишню дійсність, внаслідок чого може спостерігатися емоційне відособлення дитини, що проявляється в намаганні усамітнитися, уникненні зорового чи тактильного контакту, появи байдужості та апатії. Разом з тим у дітей даної групи спостерігається емоційна нестійкість, що пов'язана з підвищеною емоційною збудливістю, частою зміною емоційних станів. Такий нестабільний емоційний стан згодом може призвести до певних розладів в особистісній сфері. Зокрема, до появи високого рівня тривожності, роздратованості, негативізму, ворожості, підозрливості, пригніченості, апатії, депресії, підвищеної агресивності, неадекватної самооцінки, невпевненості у собі тощо.

Останній фактор (11,8%), на якому, з нашої точки зору, необхідно зупинитися, дає підстави для висновків про те, що діти з ДЦП переживають серйозну рухову депривацію, оскільки більшість з них обмежена в рухах і часто (залежно від ступеня ураження) не може пересуватися без сторонньої допомоги. Однак в умовах проживання дитини в будинках-інтернатах постійно отримувати таку допомогу неможливо. Однак, рухова депривація, що не носить безпосередньо психічного характеру, тим не менш має сильний вплив на психічний стан людини. Нормальний сенсомоторний розвиток складає фундамент психічного розвитку дитини, тому формування психічних функцій неможливо розглядати відокремлено від розвитку рухових та моторних навичок дитини.

Змінні, що ввійшли до даного фактору підтверджують наші висновки: прямоходіння (-0,53), самостійність (-0,44), дрібна моторика (-0,41), рухи (-0,43), КПП (-0,46), вміння та навички (-0,41), конфліктність (0,49), запальність (0,47), агресивність (0,51), страхи (0,43). Таким чином, діти, які внаслідок захворювання не можуть повноцінно рухатися схильні до агресивних проявів, нестриманості в контактах та стосунках з оточуючими, проявляють конфліктні форми поведінки. За результатами дослідження в цієї групи досліджуваних до кінця вікового періоду раннього віку не сформовані або сформовані недостатньою мірою навички охайності, харчової поведінки, навички взаємодії з оточенням. Звернемо також увагу на те, що у даної групи досліджуваних за результатами тесту «ГНОМ» (визначення коефіцієнту психічного розвитку дитини) у 26% виявлений коефіцієнт нижче 79 балів, що свідчить про наявність серйозних патологій в розвитку дитини.

Таким чином, у дітей з ДЦП, що проживають в умовах дитячих будинків-інтернатів проявляється синдром госпіталізму. Зокрема, про прояви даного синдрому свідчить наявність у дітей рухової, сенсорної, комунікативної та емоційної депривації.

Перспективи дослідження полягають у порівняльному аналізі прояву синдрому госпіталізму у дітей раннього, що проживають у сім'ї та поза сім'єю. На основі даного аналізу планується розробити програму корекційної роботи з дітьми, у яких виявлені прояви синдрому госпіталізму.