МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М.П. ДРАГОМАНОВА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СНЯТКОВА ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА

УДК 376:616.89-008]:616.83-053.2(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ
ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Спеціальність 016 Спеціальна освіта
Галузь знань 01 Педагогіка/Освіта

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результат власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____Т. М. Сняткова

Науковий керівник
Руденко Лілія Миколаївна,
доктор психологічних наук, професор

Київ – 2022

АНОТАЦІЯ

Сняткова Тетяна Миколаївна. ***«*Профілактика синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем».*** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії у галузі 01 Педагогіка/Освіта за спеціальністю 016 Спеціальна освіта. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Київ, 2022.

Дисертаційну працю присвячено проблемі профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем (далі – ДЦП). У роботі вперше було розроблено теоретичну модель синдрому госпіталізму та систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП; з'ясовано механізми формування синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП; визначено варіанти перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП; висвітлено основні підходи щодо профілактики появи синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП; розроблено та апробовано систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

Теоретичний аналіз наукової психолого-медико-педагогічної літератури дав змогу застосувати міждисциплінарний підхід до визначення поняття «синдром госпіталізму», виділити його причини та механізми формування у дітей раннього віку з ДЦП. На основі науково-теоретичного аналізу напрацювань фахівців у сфері спеціальної та практичної психології, психіатрії, психофізіології, спеціальної та корекційної педагогіки було сформовано власне бачення досліджуваного терміна. У дослідженні синдром госпіталізму розглядається як погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвиткові. Вивчаючи

особливості формування синдрому госпіталізму, були виокремлені (залежно від ситуації виникнення) такі види: «лікарняний госпіталізм», «госпіталізм дітей-сиріт», «сімейний госпіталізм», та встановлені форми перебігу синдрому госпіталізму: невротичний, тривожний, депресивний, моторно-руховий. Розглядаючи причини виникнення синдрому госпіталізму, механізми його формування й особливості перебігу у дітей раннього віку, відзначено складність діагностики та вирізнення симптомів у дітей із психофізичними порушеннями. Особливо гостро ця проблема проявляється у дітей з ДЦП, які страждають від рухових, психічних та мовленнєвих порушень, відрізняються специфічним розвитком пізнавальної сфери. Констатовано, що особливо синдром госпіталізму виражений у дітей-сиріт, які проживають у будинках дитини та інтернатах, а також дітей, які змушені тривалий час перебувати на лікуванні в медичних закладах окремо від матері або особи, яка її заміняє.

У процесі дослідження було розглянуто механізми виникнення синдрому госпіталізму, які пояснюються через теорію прив'язаності (Дж. Боулбі) та об'єктних відносин (Д. Віннікот), що мають бути сформовані в ранньому віці для повноцінного розвитку дитини.

Вивчаючи особливості формування синдрому госпіталізму, теоретично було встановлено види синдрому госпіталізму (залежно від ситуації виникнення): «лікарняний госпіталізм», «госпіталізм дітей-сиріт», «сімейний госпіталізм».

Зважаючи на визначені в дослідженні особливості виникнення та перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, його наслідки, надзвичайно важливим завданням психолого-педагогічної науки і практики є розробка заходів попередження та профілактики даного синдрому.

У ході експериментального дослідження у відповідності до сформульованих уявлень щодо причин, механізмів формування та розвитку синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП розроблено програму експериментального

дослідження, яка складалася із двох етапів: власне експерименту та якісно-статистичної обробки отриманих результатів.

Аналіз та узагальнення наукової літератури дозволив виокремити і застосувати в роботі такі методи дослідження: клінічні, метричні, антропометричні, психометричні та психолого-педагогічні.

Із психометричних методів, важливими характеристиками яких є валідність та надійність, застосовували опитувальні методики KID (R) (застосовується для діагностики дітей віком від 2 до 16 місяців) та RCDI-2000 (використовується для діагностики дітей віком від 1 року 2 місяців до 3 років 6 місяців), в яких респондентами виступають батьки дитини; Мюнхенську функціональну діагностику розвитку (МФДР), яка передбачає ранню діагностику відхилень у розвитку та ранню соціалізацію дитини.

Також були застосовані психолого-педагогічні методики: «Діагностика нервово-психічного розвитку дітей» Г.В. Пантюхіної, К.Л. Печори та Е.Л. Фрухт (1983) та тест «ГНОМ».

Для з'ясування поведінкових проявів дитини, які можуть непокоїти дорослих, була запропонована схема спостереження за поведінкою дитини та анкета для батьків (вихователів).

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 синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП віком від трьох місяців до трьох років, що проживають у сім'ї та поза її межами, застосовували факторний аналіз. Процедура факторного аналізу здійснювалася в статистичній системі IBM SPSS Statistics 25 методом Principal components, ортогонального обертання факторного рішення Varimax.

Статистичний аналіз із групою досліджуваних проводився в два етапи. з метою визначення показників, які значно впливають на прояви синдрому

госпіталізму, на першому етапі методом кореляційного аналізу проаналізовано дані, які були отримані в процесі психодіагностичного дослідження дітей. Найбільш вагомі показники були відібрані для проведення факторного аналізу, зокрема: експресивне мовлення, розуміння мови, розвиток мовлення, активне мовлення, тривожність, емоційна нестійкість, запальність, скутість, агресивність, емоційне відособлення, негативізм, страхи, нерішучість, загальмованість, застрягання, конфліктність, демонстративність, соціальний вік, соціальний розвиток, коефіцієнт психічного розвитку (КПР), уникнення розумових зусиль, дефіцит уваги, конструктивна діяльність, навички та вміння, самостійність, самообслуговування, повзання, сидіння, дії з предметами, загальні рухи, навички в годуванні, прямоходіння, дрібна моторика, моторика, рухи, рухова розгальмованість, мовна розгальмованість, зорові реакції, слухові реакції, перцепція.

Факторний аналіз був проведений у кілька етапів, що дозволило проаналізувати вікові особливості дітей з ДЦП залежно від віку та від соціальних умов. Таким чином, були проаналізовані дані, отримані в процесі дослідження дітей віком від трьох місяців до трьох років, що проживають в сім'ї та в умовах дитячого будинку. Кожна з визначених груп досліджуваних була розділена на три підгрупи залежно від віку: від трьох місяців до року, від року до двох та від двох до трьох років. Оскільки, у дітей з ДЦП провідним порушенням є порушення в руховій сфері ми не акцентували увагу на даних показниках, враховуючи різні форми ДЦП, проте врахували стан розвитку рухових навичок при загальній оцінці нервово-психічного розвитку дітей.

Експериментально досліджено вікові особливості прояву госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, які проживають у сім'ї та поза її межами. Зокрема, у дітей із ДЦП, які проживають поза сім'єю, найбільші проблеми виявлені в мовленнєвому, моторному розвитку, а також у розвитку емоційної сфери та соціальної взаємодії. Водночас, у дітей, які проживають у сім'ї, найбільш суттєві відхилення в розвитку спостерігаються в емоційній та моторній сферах.

Доведено, що різниця між розвитком дітей із ДЦП, які знаходяться в різних соціальних умовах (зокрема, в сім'ї та поза її межами), із часом поглиблюється, проявляючись у синдромі госпіталізму. Про наявність даного синдрому свідчать прояви у дітей рухової, сенсорної, комунікативної та емоційної депривацій, які взаємодоповнюються та є складовими синдрому госпіталізму.

Емпіричне вивчення особливостей перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП дало змогу визначити варіанти перебігу синдрому госпіталізму: невротичний, тривожний, депресивний, моторно-руховий.

Виявлено, що про наявність депресивного варіанту перебігу госпіталізму свідчать переживання дитиною негативних емоційних станів (пригніченість, плач, депресивний настрій, емоційне відособлення, застрягання, нерішучість, тривожність), суттєва затримка в розвитку мови і мовлення, не відповідна адаптація до середовища закладу (лікарня, будинок дитини тощо), регресія, монотонні стеріотипні рухи.

Психологічними маркерами тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку є переживання негативних емоційних станів (емоційне відособлення, скутість, загальмованість, емоційна нестійкість, поява ранніх страхів, тривожність, агресивність), нерізноманітна гама емоцій, знижений фон настрою, одноманітність емоційно-експресивних засобів спілкування та затримка соціального розвитку, навичок самостійності, розвитку вмінь та навичок, що відповідають вікові, уникнення дитиною розумових зусиль та недостатній розвиток мови.

Невротичний варіант перебігу синдрому госпіталізму виникає за умови недостатнього сенсорного та соціального розвитку дитини та переживання нею негативних емоційних станів (агресивність, негативізм, конфліктність, емоційна нестійкість, запальність, ворожість до інших, підозрілість), хронічне психоемоційне напруження.

Маркерами моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму є наявність негативних емоційних станів (нерішучість, тривожність, страх всього

невідомого), обмежений досвід контактування з різними предметами, формами, відсутність зацікавленості до освоєння довкілля, порушення в оволодінні навичками, що відповідають віковому розвитку дитини, труднощі в оволодінні навичками конструктивної та образотворчої діяльності, низький рівень розвитку активного мовлення та розуміння мови, недостатній соціальний розвиток.

Досліджено особливості реагування батьків на фізичний, мовленнєвий та психічний дефект дитини з діагнозом «дитячий церебральний параліч». Отримані результати дослідження дають підстави стверджувати про необхідність включення батьків, що виховують дітей раннього віку з ДЦП, в профілактичну роботу щодо попередження появи синдрому госпіталізму у зазначеної категорії дітей.

Зважаючи на виділені в дослідженні особливості виникнення та перебігу синдрому госпіталізму, його важкі наслідки в дітей раннього віку з ДЦП, надзвичайно важливим завданням психолого-педагогічної науки і практики є розробка заходів попередження та профілактики даного синдрому, оскільки своєчасно проведена профілактична робота дає змогу попередити виникнення вторинних порушень, знизити рівень соціальної дезадаптації дітей, а також досягати максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку.

Теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально апробовано систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП на підставі визначених варіантів перебігу синдрому госпіталізму. У дослідженні профілактику синдрому госпіталізму у даної категорії дітей визначено як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву; заходи, спрямовані на попередження переходу хвороби у її хронічні форми, а також превентивна робота з батьками або особами, що їх заміщують. Профілактична робота з дітьми раннього віку з ДЦП в умовах госпіталізму включає первинну, вторинну та третинну профілактику.

Відповідно до мети і завдань дослідження розроблено систему заходів профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, в якій виокремлено напрями, умови та сфери реалізації заходів первинної, вторинної і третинної профілактики.

Первинна профілактика включає комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, психологічних, соціально-педагогічних та інших чинників, що можуть слугувати причиною формування синдрому госпіталізму, що передбачає активну роботу з дітьми з ДЦП до появи симптомів госпіталізму і є однаковою для всіх варіантів перебігу синдрому.

Завданнями первинної профілактики є удосконалення, підвищення ефективності використовуваних дитиною активних, конструктивних поведінкових стратегій; збільшення потенціалу особистісних ресурсів.

Первинна профілактика реалізується вдома (будинках дитини) і в медичних закладах; здійснюється батьками або особами, які їх замінюють, психологами і соціальними педагогами, працівниками медичних закладів.

Вторинна профілактика синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП – це комплекс заходів, що включає активне подолання виявлених симптомів госпіталізму та попередження їх повторного виникнення; є індивідуальною роботою, що враховує наявні симптоми та спрямована на їх корекцію.

Завданням вторинної профілактики є обмеження поширення окремих негативних явищ, які містять у собі як соціально-психолого-педагогічні, так і медичні заходи неспецифічного характеру; попередження загострення синдрому госпіталізму, коли вже наявні його прояви.

Сферами реалізації зазначених профілактичних заходів є медичні і соціальні заклади; виконує їх команда різнопрофільних фахівців за участі батьків дитини чи осіб, які їх замінюють, і спрямована на подолання та усунення проявів комунікативної, емоційної, сенсорної і рухової депривації, як складових синдрому госпіталізму.

Третинна профілактика синдрому госпіталізму це комплекс соціальних, освітніх та медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення особистісного та соціального статусу дитини, пізнавальної та соціальної активності дитини, її повернення до родини, до соціуму.

Завданнями третинної профілактичної роботи є усунення або пом'якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ госпіталізму, його інвалідизації; пристосування дитини із ДЦП до умов зовнішнього середовища, відновлення її мотивації до діяльності, праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин; стимуляція соціальної активності дітей різними методами.

Третинна профілактика реалізується в медичних закладах і вдома (у будинках дитини); здійснюється батьками чи особами, які їх замінюють, психологами і соціальними педагогами, працівниками медичних закладів.

На всіх етапах профілактичної роботи обов'язковим є організація діагностичної, просвітницької та консультативної роботи з батьками дітей.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів зазначеної проблематики в галузі спеціальної освіти і психології і не претендує на остаточність та завершеність дослідницької діяльності у даному напрямку.

Наукова новизна здобутих результатів полягає в тому, що

вперше:

- здійснено ґрунтовний науково-теоретичний аналіз сутності синдрому госпіталізму та досліджено його практичні прояви в дітей раннього віку з ДЦП на основі релевантно підібраного діагностичного інструментарію;

- запропоновано визначення синдрому госпіталізму як погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку;

- розроблено програму та методи дослідження синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, які дають змогу різнобічно діагностувати показники нервово-психічного і психомоторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей даної категорії в умовах госпіталізму;

- обґрунтовано варіанти перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП: невротичний, тривожний, депресивний, моторно-руховий та визначено його види в залежно від ситуації виникнення: «лікарняний госпіталізм», «госпіталізм дітей-сиріт», «сімейний госпіталізм»;

розроблено:

- систему профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем, що охоплює заходи первинної, вторинної і третинної профілактики, спрямовані на превенцію, корекцію та відновлення психомоторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей з ДЦП.

Практичне значення дослідження полягає:

в розробці та впровадженні системи заходів профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП у роботу фахівців багатопрофільної команди, які працюють з дітьми даної категорії в умовах їх перебування в медичних закладах і закладах для дітей, позбавлених батьківського піклування.

Матеріали дисертаційного дослідження, його основні положення і висновки можуть бути використані: фахівцями багатопрофільної команди в процесі забезпечення медико-психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку із ДЦП в умовах госпіталізму; в консультативному процесі з їхніми батьками та вихователями; в освітньому процесі закладів вищої освіти для ознайомлення здобувачів із отриманими результатами в межах вивчення навчальних дисциплін «Корекційна педагогіка», «Спеціальна психологія», «Фізична реабілітація», «Інклюзивна освіта», «Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в інклюзивному освітньому середовищі» та ін.

Також розроблена система профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, що охоплює заходи, спрямовані на превенцію, корекцію та відновлення психомоторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей із ДЦП, може використовуватися фахівцями соціальних служб в системі соціальної і психологічної роботи з цими дітьми та їх батьками, у системі післядипломної освіти з метою підвищення професійної компетентності спеціальних психологів, які працюють з дітьми даної категорії.

Отримані результати можуть бути використані: при підготовці фахівців у галузі спеціальної та інклюзивної освіти; системі підвищення кваліфікації відповідного напрямку, зокрема у вивченні таких дисциплін як «Спеціальна психологія», «Педагогічна психологія», «Соціальна психологія», «Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в інклюзивному просторі», «Інклюзивна освіта», «Спеціальна освіта», на спеціальних курсах, вебінарах, семінарах. Результати проведеного дослідження використовуються в роботі спеціальних закладів та установ.

Ключові слова: діти раннього віку, дитячий церебральний параліч, госпіталізм, профілактика синдрому госпіталізму, система профілактики.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Статті в наукових фахових виданнях України, які включені в міжнародні бази

1. Сняткова Т.М. Попередження синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем. *Науковий часопис. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2019. Вип.37. С. 120-128.

2. Сняткова Т.М. Психолого-педагогічний супровід дітей з ДЦП з синдромом госпіталізму. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічна наука. Збірник наукових праць:* вип. 13/ за ред. О. В. Гаврилова, В.М. Синьова. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори- 2006», 2019. Вип.13. С. 269-283.

3. 3. Сняткова Т.М. Рання діагностика синдрому госпіталізму в дітей із ДЦП. *Особлива дитина: навчання і виховання. Науково-методичний журнал.* 2020. № 1(93), С. 65-75.

4. Руденко Л., Сняткова Т. Система профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП. *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць: вип.53/ за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої*. Кам'янець-Подільський: «Друкарня «Рута», 2021. Вип 53. С.235-257.

5. Сняткова Т.М. Зміст та організація освітнього процесу з дітьми раннього віку в умовах материнської депривації. *Освітній дискурс(педагогічні науки).Збірник наукових праць: Вип.33(5) /голов.ред. О.П. Кивлюк.* Київ: «Видавництво «Гілея», 2021. С. 34-41.

6. Сняткова Т.М. Умови сімейного виховання як причина формування синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП. *Професіоналізм педагога: теоретичні і методичні аспекти*. *Збірник наукових праць: Вип. 17(Том 2.), електронний науковий журнал*, червень 2022 р.

Статті у монографіях

7. Tatyana Snyatkova. Education of early children with cerebral palsy in condition of deprivation education of deprivated early children with celebral palsy in

an inclusive environment. Pedagogy and psychology of postmodernism: valuez, competence, digitalization : collective monograph / Ed.: prof. Hanna Tsvietkova - Aerzen : Heilberg IT Solutions UG (haftungsbeschränkt) InterGING Verlag, 2021.- 504 c. С. 240-254.

Статті у зарубіжних виданнях

8. Сняткова Т.М. Вплив сімейних стосунків на формування синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management).* № 5 (41). vol. 2/2021. С. 55-62.

Матеріали конференцій

(*Публікації, що додатково відображають наукові результати)*

9. Сняткова Т.М. Аналіз умов формування синдрому госпіталізму у дітей в психолого-педагогічній літературі. *Зростаюча особистість у смислоціннісних обрисах.* Зб. матеріалів Міжнарод. наук.-практ. конф. (Київ, 15 грудня 2020 року) Київ, 2020. С.201-205.

10. Сняткова Т.М. Соціальна ситуація розвитку як детермінанта появи синдрому госпіталізму у дітей віком від двох до трьох років. *Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми і перспективи розвитку*. Зб. матеріалів Всеукраїнської наук.- практ. інтернет-конф. Переяслав.2021.Вип. 62.С.42-46.

11. Сняткова Т.М. Особливості профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП в умовах госпіталізму. *Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку.* Зб. матеріалів Всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конф. Переяслав, 2021. Вип. 67. С.102-105.

12. Snyatkova T.M. Interaction of preschool education institution and family in speech preparation of preschool children for learning. *Perspective of science and practice.* Collection of materials The XIII International Science Conference (Amsterdam, Netherlands December 13 – 15). Amsterdam, 2021. P. 173-175.

13. Сняткова Т.М. Монтессорі-педагогіка як сучасна педагогічна технологія навчання і розвитку дітей дошкільного віку. *Сучасна психологія і педагогіка: теорія і модерна практика освітнього процесу в епоху пандемічних*

викликів. Зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. інтер-.конф. (Слов'янськ, 20 листопада 2021 р.). Слов'янськ, 2021. С. 91-94.

14. Сняткова Т.М. Арт-терапевтичні технології в подоланні синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. Зб. матеріалів X Всеукраїнська заочна наук. конф. з міжнарод. участю (м. Суми, 18 листопада 2021 року). Суми, 2021. С.26-35.

ABSTRACT

Snyatkova Tetyana Mykolaivna. **"Prevention of hospitalism syndrome in young children with cerebral palsy"**. – A qualifying academic work on the rights of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field 01 Pedagogy / Education, specialty 016 – Special Education. National Pedagogical Drahomanov University, Kyiv, 2022.

The dissertation is devoted to the issue of preventing hospitalism syndrome in young children with cerebral palsy (hereinafter – CP). The study presents the first attempt to develop a theoretical model of hospitalism syndrome and a system of prevention of hospitalism syndrome in young children with CP; to clarify the mechanisms of forming the hospitalism syndrome in young children with CP; to determine the varieties of hospitalism syndrome in young children with CP; to outline the main approaches to preventing the occurrence of hospitalism syndrome in young children with CP; to develop and test the prevention system of hospitalism syndrome in young children with CP.

The theoretical analysis of academic psychological, medical and pedagogical literature has allowed applying an interdisciplinary approach to the definition of "hospitalism syndrome", identifying its causes and mechanisms of formation in young children with CP. The author's own concept of the term has been developed on the basis of scientific and theoretical analysis of the achievements of specialists in the field of special and practical psychology, psychiatry, psychophysiology, and special and

correctional pedagogy. Hospitalism syndrome is considered in this research as a deterioration in health and developmental disorders (mental, intellectual, emotional, speech, physical) as a result of separating a child from the mother or caregivers and not meeting the basic needs for nursing, care, communication, and purposeful development. Studying the peculiarities of the formation of hospitalism syndrome, the types of hospitalism syndrome (depending on the situational factors) have been identified including “clinical hospitalism”, “orphan hospitalism”, “family hospitalism” and variants of the course of hospitalism syndrome: neurotic, anxious, depressive, locomotor. While considering the causes of hospitalism syndrome, the mechanisms of its formation, and the peculiarities of its course in young children, the difficulty of diagnosing and distinguishing symptoms in children with psychophysical disorders have been highlighted. This problem is especially acute in children with CP, suffering from the motor, mental and speech disorders distinguished by specific development of the cognitive sphere. The author has found that hospitalism syndrome is especially noticeable in orphans living in orphanages and boarding schools and children compelled to undergo long-term treatment in medical institutions separated from their mother or a person in loco parentis.

The research has considered the mechanisms of hospitalism syndrome, which are explained through the attachment theory (J. Bowlby) and object relations theory (D. Winnicott), that should be formed at an early age for the child’s complete development.

While studying the peculiarities of hospitalism syndrome formation, the researcher has theoretically identified the types of hospitalism syndrome (depending on the situational factors): “clinical hospitalism”, “orphan hospitalism”, “family hospitalism”.

Considering the specific features of the occurrence and course of hospitalism syndrome in young children with CP, the severe consequences of this syndrome, the development of measures to prevent and prevent this syndrome is an extremely important issue for psychological and pedagogical science and practice.

In the course of the experimental study, in accordance with the formulated ideas about the causes and mechanisms of forming and developing the syndrome of hospitalism in children with cerebral palsy, a program of experimental research has been developed, which consisted of two stages: the experiment itself and the qualitative and statistical processing of the results.

Analysis and synthesis of scientific literature enabled identifying and applying the following research methods: clinical, metric, anthropometric, psychometric, and psychological-pedagogical.

Among the psychometric methods, which are characterized by validity and reliability, the research has made use of the KID (R) (used to diagnose children aged 2 to 16 months) and RCDI-2000 (used to diagnose children aged 1 year 2 months to 3 years 6 months), in which the respondents are the child's parents, and the Munich Functional Diagnostic of Development (MFDD), which provides early diagnosis of developmental disorders and early socialization of the child.

In addition, psychological and pedagogical methods have been applied including “Diagnostics of neuropsychological development of children” by H. V. Pantyukhina, K. L. Pechora and E. L. Frukht (1983) and the test “GNOM”.

The results obtained in the course of the study have been processed using the methods of mathematical and statistical analysis. The quantitative processing of empirical data has been performed with the help of StatSoft corporation application package, Statistica 6.0 for Windows environment and SPSS statistical system.

Factor analysis has been applied to examine the peculiarities of hospitalism syndrome in children with cerebral palsy aged from three months to three years, living in and outside the family. The procedure of factor analysis has been performed in IBM SPSS Statistics 25 statistical system by Principal components method, orthogonal rotation of Varimax factor solution.

Statistical analysis with the group of subjects has been conducted in two stages. During the first stage, the data obtained in children’s psychodiagnostic examination have been analysed by the method of correlation analysis in order to determine the

indicators that most affect the hospitalism syndrome manifestations. The most significant indicators have been selected for factor analysis, specifically: expressive speech, language comprehension, speech development, active speech, anxiety, emotional instability, irritability, restraint, aggressiveness, emotional isolation, negativism, fears, indecision, inhibition, hyper perseverance, conflict behavior, demonstrativeness, social age, social development, mental development quotient (MDQ), avoidance of mental effort, attention deficit, constructive activities, skills and abilities, independence, self-care, crawling, sitting, handling objects, gross motor skills, feeding skills, upright walking, fine motor skills, motor skills, movements, motor fluency, language fluency, visual reactions, auditory reactions, perception.

The factor analysis, in turn, was carried out in several stages, which allowed analysing the age peculiarities of children with CP depending on age and social conditions. Thus, the data obtained during the study of children aged three months to three years living in a family and an orphanage have been analysed. Each of these groups of subjects has been divided into three subgroups depending on age: from three months to one year, from one year to two years, and from two to three years. Since the leading impairment in children with cerebral palsy is a movement disorder, we have not focused on these indicators, given the presence of different forms of CP, but have taken into account the state of motor skills development in the overall assessment of neuropsychological development of children.

The age peculiarities of hospitalization in young children with cerebral palsy living in and outside the family have been experimentally investigated. In particular, children with CP living outside the family have the most severe problems in speech, and motor development, as well as in the development of the emotional sphere and social interaction. At the same time, children living in the family demonstrate the most significant deviations in development in the emotional and motor spheres.

It has been proved that the difference between the development of children with cerebral palsy who are in different social conditions (in particular, in and outside the family) intensifies with time, manifesting itself in the hospitalism syndrome. The

presence of this syndrome is evidenced by the manifestations of motor, sensory, communicative, and emotional deprivation in children, which reinforce each other and, in their totality, constitute the components of the hospitalism syndrome.

The empirical study of the peculiarities of hospitalism syndrome in young children with CP made it possible to identify variants of hospitalism syndrome: neurotic, anxious, depressive, and locomotor.

It has been revealed that the presence of a depressive variant in the course of hospitalism is evidenced by the child's experience of negative emotional states (depression, crying, despondent mood, emotional isolation, hyper perseverance, indecision, anxiety), a significant delay in the development of speech and language, inadequate adaptation to the environment of the institution (hospital, orphanage, etc.), regression, monotonous stereotypical movements.

Psychological markers of the anxious variant of the hospitalism syndrome in young children are the experience of negative emotional states (emotional isolation, constraint, inhibition, emotional instability, early fears, anxiety, aggressiveness), limited range of emotions, low mood, the monotony of emotional-expressive means of communication and delayed social development, independence skills, development of age-appropriate skills, avoidance of mental effort and insufficient language development.

The neurotic variant of the course of the hospitalism syndrome occurs in case of the child's insufficient sensory and social development and the experience of negative emotional states (aggression, negativism, conflict behavior, emotional instability, irritability, hostility to others, suspicion), chronic psycho-emotional stress.

The indicators of the locomotor variant of the course in the hospitalism syndrome are the occurrence of negative emotional states (indecision, anxiety, fear of the unknown), limited experience of contact with various objects and forms, lack of interest in exploring the surrounding world, impaired acquisition of skills corresponding to the child's age development, difficulties in mastering the skills of

constructive and visual activities, inadequate development of active speech and understanding of language, insufficient social development.

The research examines the features of parents' reactions to physical, speech, and mental defects of a child diagnosed with cerebral palsy. The study results indicate the need to include parents raising young children with cerebral palsy in the preventive work to reduce the occurrence of hospitalism syndrome in this category of children.

Considering the features of the occurrence and course of the hospitalism syndrome and its severe consequences in young children with cerebral palsy, a crucial task of psychological and pedagogical science and practice is to develop measures to prevent and reduce this syndrome since the proactive work undertaken promptly allows to eliminate secondary disorders, reduce the level of children's social maladjustment, and achieve the highest possible level of children's general development.

The author has theoretically substantiated, developed, and experimentally verified the system of prevention of hospitalism syndrome in young children with CP on the basis of certain variants of the hospitalism syndrome course.

In the study, the prevention of hospitalism syndrome in this category of children is defined as a set of measures aimed at preventing mental and behavioural disorders, maintaining mental well-being, preventing the development of the disease and its recurrence, measures aimed at preventing the progression of the disease into its chronic forms, as well as preventive work with parents or persons in loco parentis. The preventative work with young children with CP in hospital settings includes primary, secondary, and tertiary prevention.

According to the research aims and objectives, the author has elaborated the model of preventing hospitalism syndrome in young children with CP, highlighting the directions, conditions, and areas of implementing primary, secondary, and tertiary prevention measures.

Primary prevention includes a set of measures aimed at avoiding the negative impact of biological, psychological, socio-pedagogical, and other factors that may serve as a cause of hospitalism syndrome, providing for active work with children with

CP prior to the onset of hospitalism symptoms and is the same for all variants of the syndrome.

The objectives of primary prevention are to improve and increase the effectiveness of active, constructive behavioural strategies used by the child; and to increase the potential of personal resources.

Primary prevention is implemented at home (in orphanages) and in medical institutions; it is conducted by parents or persons in loco parentis, psychologists and social pedagogues, and employees in medical institutions.

Secondary prevention of the hospitalism syndrome in young children with CP is a set of measures that includes active overcoming of the identified symptoms of hospitalism and prevention of their recurrence; it is an individual work taking into account the existing symptoms and aimed at their correction.

The task of secondary prevention is to curb the spread of certain negative phenomena, including socio-psychological, pedagogical, and medical measures of a nonspecific nature; prevention of aggravation of the hospitalism syndrome with already apparent manifestations.

The spheres for implementing these preventive measures are medical and social institutions; it is carried out by a team of multidisciplinary specialists with the participation of the child's parents or persons in loco parentis and is aimed at overcoming and eliminating the manifestations of communicative, emotional, sensory and motor deprivation as components of the hospitalism syndrome.

Tertiary prevention of hospitalism syndrome is a complex of social, educational, and medical-psychological measures aimed at restoring the child's personal and social status, cognitive and social activity, and reunification with the family and society.

The objectives of the tertiary preventive work are to eliminate or mitigate the disease manifestations, prevent the formation of psychosomatic defects, hospitalization, and disability; adaptation of a child with CP to the environment, restoration of their motivation to work, to an active lifestyle, interpersonal relationships; stimulation of children's social activity by various methods.

Tertiary prevention is implemented in medical institutions and at home (in orphanages); it is implemented by parents or persons in loco parentis, psychologists and social pedagogues, and employees in medical institutions.

All stages of preventive work obligatory included diagnostic, educational and advisory work with children's parents.

The conducted research does not exhaust all aspects of the specified problems in the field of special education and psychology and does not claim to be a final and complete research activity in this direction.

The scientific novelty of the research findings lies in the fact that

the research for the first time:

- has conducted a thorough scientific and theoretical analysis of the essence of the hospitalism syndrome and investigated its practical manifestations in young children with CP based on the relevant diagnostic tools.

- has offered the definition of hospitalism syndrome as a deterioration of health and developmental disorders (mental, intellectual, emotional, speech, physical) as a result of the child's separation from the mother or persons in loco parentis and failure to meet the basic needs for nursing, care, communication, purposeful development.

- has developed a program and methods for studying the hospitalism syndrome in young children with CP, allowing to comprehensively diagnose the indicators of neuropsychiatric and psychomotor, sensory, speech, mental, and social development of children of this category in hospital conditions.

- has substantiated the course variants in the hospitalism syndrome in young children with CP: neurotic, anxious, depressive, locomotor, and determined its types depending on the situation: "clinical hospital hospitalism", "orphan hospitalism", "family hospitalism".

The study has elaborated:

- the system for preventing hospitalism syndrome in young children with CP, which includes primary, secondary, and tertiary prevention measures aimed at

preventing, correcting, and restoring psychomotor, sensory, speech, mental, and social development in children with cerebral palsy.

The practical significance of the study consists in:
the development and implementation of a system for the prevention of hospitalism syndrome in young children with CP in the work of specialists in a multidisciplinary team who deal with children of this category in the conditions of their staying in medical institutions and institutions for children deprived of parental care.

The materials of the dissertation research, its main provisions and conclusions may be used: by specialists of a multidisciplinary team in the process of providing medical, psychological and pedagogical assistance to young children with CP in hospital settings; in a consultative process with their parents and guardians; in the educational process in institutions of higher education to acquaint students with the obtained results within the scope of studying the educational disciplines: “Correctional pedagogy”, “Special psychology”, “Physical rehabilitation”, “Inclusive education”, “Psychological and pedagogical support of children with special needs in an inclusive educational environment”, etc.

The developed system of prevention of hospitalism syndrome in young children with CP, which includes measures aimed at preventing, correcting and restoring psychomotor, sensory, speech, mental, and social development of children with cerebral palsy, can be used by social service specialists in the system of social and psychological work with these children and their parents, in the post-graduate education system in order to improve the professional competence of special psychologists working with children of this category.

The obtained results may be used: in the training of specialists in the field of special and inclusive education and in the system of professional development in the corresponding field, in particular, in the study of such disciplines as “Special psychology”, “Pedagogical psychology”, “Social psychology”, “Psychological and pedagogical support of children with special educational needs (SEN) in an inclusive space”, “Inclusive education”, “Special education”, at special courses, webinars,

seminars. The research results are used in the work of special institutions and establishments.

Keywords: children of early age, cerebral palsy, hospitalism, prevention of hospitalization syndrome, prevention system.

THE RESEARCHER'S PUBLICATIONS

Articles in scientific professional publications of Ukraine included in international databases

1. Sniatkova T.M. Prevention of hospitalism syndrome in young children with cerebral palsy. *Scientific journal. Series 19. Correctional pedagogy and special psychology*. National Pedagogical Drahomanov University, 2019. Issue 37. P. 120-128.
   DOI https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series19.2019.37.16
2. Sniatkova T.M. Psychological and pedagogical support of children with CP with hospitalism syndrome. *Current issues of correctional education (pedagogical science. Collection of scientific papers:* issue 13/ ed. by O.V. Havrylova, V.M. Syniova. Kamianets-Podilsky: PE «Medobory- 2006», 2019. Issue 13. P. 269-283.
   DOI: https://doi.org/10.32626/2413-2578.2019-13.269-281
3. Sniatkova T.M. Early diagnosis of hospitalism syndrome in children with CP. *A special child: education and upbringing. Scientific and methodical magazine.* 2020. № 1(93), P. 65-75.
   DOI: https://doi.org/10.33189/ectu.v97i1.56
4. Rudenko L., Sniatkova T. System for preventing hospitalism syndrome in young children with CP. *Problems of modern psychology. Collection of scientific works: issue 53/ edited by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva.* Kamianets-Podilsky: "Ruta Printing House", 2021. Issue 53. P. 235-257.
   DOI: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2021-53.235-257
5. Sniatkova T.M. The content and organization of the educational process with young children in conditions of maternal deprivation. *Educational discourse (pedagogical sciences). Collection of scientific works: Issue 33(5) / editor-in-chief O.P. Kyvliuk.* Kyiv: "Hileya" Publishing house, 2021. P. 34-41.
   DOI: https://doi.org/ 10.33930/ed.2019.5007.33(5)-4

6. Sniatkova T.M. Conditions of family upbringing as a cause of hospitalism syndrome formation in young children with CP. *Teacher's professionalism: theoretical and methodical aspects. Collection of scientific works: Vol. 17(Volume 2.), electronic scientific journal*, June 2022.
   DOI: https://doi.org/10.31865/2414-9292.17.2022.260016

Articles in monographs

7. Tatyana Snyatkova. Education of early children with cerebral palsy in condition of deprivation education of deprivated early children with cerebral palsy in an inclusive environment. Pedagogy and psychology of postmodernism: value, competence, digitalization : collective monograph / Ed.: prof. Hanna Tsvietkova - Aerzen : Heilberg IT Solutions UG (haftungsbeschränkt) InterGING Verlag, 2021.- 504 p. P. 240-254.
   DOI: https://doi.org/10.192219/978-3-946407-10-2/

Articles in foreign publications

8. Sniatkova T.M. The influence of family relationships on the formation of hospitalism syndrome in young children with CP. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management).* № 5 (41). vol. 2/2021. P. 55-62.
   DOI https://doi.org/10.51647/kelm.2021.5.2.10

Conference materials

(*Publications additionally reflecting scientific findings)*

9. Sniatkova T.M. Analysis of the conditions for children's hospitalism syndrome formation in psychological and pedagogical literature. *Growing personality in meaningful outlines.* Coll. of materials of the International. science and practice conf. (Kyiv, December 15, 2020) Kyiv, 2020. P. 201-205.
10. Sniatkova T.M. Features of preventive work with young children CP in hospitalization conditions. *Domestic science at the turn of the era: problems and prospects for development.* Coll. of materials of All-Ukrainian science and practice. internet conf. Pereyaslav, 2021. Issue 67. P. 102-105.

11. Sniatkova T.M. Interaction of preschool education institution and family in speech preparation of preschool children for learning. *The perspective of science and practice.* Collection of materials The XIII International Science Conference (Amsterdam, Netherlands December 13 – 15). Amsterdam, 2021. P. 173-175.
12. Sniatkova T.M. Montessori pedagogy as a modern pedagogical technology education and development of preschool children. *Modern psychology and pedagogy: theory and modern practice of the educational process in the era of pandemic challenges.* Coll. of materials of the All-Ukrainian science and practice inter-conf. (Slovyansk, November 20, 2021). Slovyansk, 2021. P. 91-94.
13. Sniatkova T.M. The social situation of development as a determinant of the hospitalism syndrome emergence in children aged two to three years. *Domestic science at the turn of the era: problems and prospects for development.* Coll. of materials of All-Ukrainian science and practice. internet conf. Pereyaslav, 2021. Issue 62. P. 42-46.
14. Sniatkova T.M. Art therapy technologies in overcoming hospitalism syndrome in children with CP. *Modern problems of speech therapy and rehabilitation*. Coll. of materials of the X All-Ukrainian Correspondence Science. conf. with international participation (Sumy, November 18, 2021). Sumy, 2021. P. 26-35.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВСТУП..... 29

РОЗДІЛ 1. СИНДРОМ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ ЯК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА……...42

1.1 Визначення синдрому «госпіталізм» в науковій літературі та причини виникненння..... 41

1.2 Формування синдрому госпіталізму у дітей, механізми розвитку та особливості його перебігу у дітей ..... …….61

1.3 Підходи до профілактики синдрому госпіталізму у дітей ……90

Висновки до першого розділу..... 105

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ДЦП..... 109

2.1. Програма та методи дослідження синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП 109

2.2. Вікові особливості проявів синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП..... 117

2.3 Варіанти перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП..... 146

Висновки до другого розділу 173

РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ДЦП……..…175

3.1 Особливості профілактичної роботи з дітьми в умовах госпіталізму……..175

3.2. Система профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.....183

3.3 Аналіз результатів профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП щодо попередження синдрому госпіталізму…….207

Висновки до третього розділу. ……..228

ВИСНОВКИ……230

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...235

ДОДАТКИ……...249

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ООП – особливі освітні потреби

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ЗДО – заклад дошкільної освіти

ПМПК – психолого-медико-педагогічна консультація

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах надзвичайно актуальною є проблема корекційної допомоги дітям із психофізичними порушеннями. Необхідність у заходах із діагностики і корекції порушень у розвитку та труднощів, що вже наявні, насамперед, пов'язується з тривожною тенденцією загального зниження народжуваності здорових дітей. Особливої уваги в даному контексті потребує категорія дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Зокрема, виникнення дитячих церебральних паралічів (далі – ДЦП), прогнози з їх лікування та реабілітації належать до важливих проблем сучасної медицини та спеціальної освіти, що мають медико-соціальне значення, оскільки ДЦП призводить до різного ступеня інвалідності, і потребує якісної профілактики та допомоги на всіх етапах розвитку дитини. Ця допомога повинна включати не лише медичні та педагогічні аспекти, а й превентивні заходи щодо попередження появи подальших відхилень у розвитку вторинної природи, що дозволить знизити ступінь соціальної недостатності дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, досягнути максимально можливого для дитини рівня загального розвитку, освіти, а також ступеня інтеграції в суспільство.

ДЦП є важким порушенням центральної нервової системи внаслідок недорозвитку чи пошкодження мозку дитини на ранніх етапах розвитку. Основними ознаками синдрому в розвитку дітей з ДЦП виступають рухові порушення, психічні та мовленнєві розлади, недорозвиток зору, слуху, сенсорної чутливості та ін (Л. Бадалян, О. Мастюкова, К. Семенова). Саме тому, діти із ДЦП потребують не тільки медичної, а й психолого-педагогічної, корекційно-розвивальної і відновлювальної допомоги.

Варто зазначити, що багато дітей із ДЦП змушені перебувати на тривалому лікуванні у різних медичних закладах, проходити складні і болісні процедури, часто вони є залежними від допомоги інших людей, які забезпечують їх пересування, харчування, доглядають і турбуються про них. Від всебічно наданої

цим дітям допомоги залежить їх подальший фізичний і психічний розвиток, успішність і якість їх життя, задоволення потреб, ефективність адаптації в суспільстві та результативність профілактики вторинних відхилень у психофізичному розвитку, що може суттєво покращити їх стан (І. Левченко, О. Приходько).

Особливості розвитку дітей із ДЦП розглядалися в різних аспектах, а саме: психологічні особливості розвитку дітей з ДЦП вивчалися Т. Вісковатовою, Т. Власовою, Г.Мозговою, А. Колупаєвою, О. Мастюковою, К. Семеновою, В. Кротенко, Л. Руденко, В. Іпатовою, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Романенко В. Бондар, Б. Сермєєвим, В. Синьовим, Б. Шеремет, Н. Пахомовою, М. Шеремет, Г. Афузової, А. Заплатинської, Т. Панченко, Л. Чепурною та інші; вивченню порушень психічного розвитку та їх особливостей у дітей з ДЦП присвячені дослідження Е. Каліжнюк, О. Кириченко, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Мастюкової, Б. Ананьєва, В. Зінченко, М. Іпполітової, О. Приходько, О. Романенко, Л. Ханзерук, Н. Пахомової, К Семьонова, Є. Мастюкова, А. О. Бадалян та Л. Шипіциною та ін.; особливості надання корекційно-педагогічної допомоги дітям із ДЦП в ранньому та дошкільному віці представлені в роботах Л. Данилової, М. Іпполітової, Е. Каліжнюк, І. Левченко, О. Чеботарьової, А. Шевцова, Л. Ханзерук, Д. Шульженко та ін; результати дослідження наслідків тривалого перебування дітей у дитячих будинках та школах-інтернатах, негативний вплив материнської депривації на психофізичний розвиток дітей з ДЦП і наслідки втраченого емоційного зв'язку з сім'єю висвітлені в роботах Л. Волинець, А. Капської, Н. Комарової, Р. Рахманова та ін.

Розглядаючи труднощі розвитку дітей з ДЦП, приділяючи увагу їх реабілітації і вихованню, сучасні психологи, медики, корекційні педагоги порушують проблему госпіталізму, який дуже часто виникає у дітей внаслідок тривалої розлуки з матір'ю, їх поміщення у спеціалізовані дитячі установи,

стаціонарні лікарні тощо (Н. Аксаріна, М. Лісіна, С. Мещерякова, Н. Щелованова та ін.).

Слід зауважити, що саме поєднання багатьох факторів: складність дефекту, вікові та психофізичні особливості розвитку дітей раннього віку з ДЦП, їх нездатність до самостійного життя, низька ступінь адаптації в оточуючому середовищі, а також перебування в дитячих будинках, школах-інтернатах в оточенні чужих людей та позбавлення материнської турботи і догляду, тривале перебування в медичних установах в розлуці з матір'ю і не можливість спілкування з нею, а також багато соціально-економічних чинників (війна, бідність, деструктивні сім'ї, батьківська некомпетентність тощо), змушують звернути увагу на проблему профілактики синдрому госпіталізму у дітей із ДЦП.

Дослідженню синдрому госпіталізму, як крайнього прояву материнської депривації були присвячені роботи І. Левченко, О. Приходько, О. Мастюкової, К. Семенової, Т. Дорофєєва , І. Мамайчук , С. Тунтуєва та ін.

Проблема розвитку дітей в умовах госпіталізму розглядалася у роботах Н. Аксаріної, М. Лісіної, С. Мещерякової, Н. Щелованим та ін. Дослідження проблеми госпіталізму у дітей із ДЦП (Д. Боулбі, Д. Віннікотт, Й. Лангмейєр, М. Лісіна, З. Матейчек, А. Прихожан, Н. Толстих, Р. Шпітц та ін.) підтвердили важливість розробки заходів щодо профілактики і подолання вказаного синдрому у дітей.

Питанням розвитку, навчання і виховання, лікування та комплексної реабілітації дітей із порушеннями психофізичного розвитку, до яких належать і діти з ДЦП, присвячено численні роботи клініцистів, педагогів, психологів (В. Козявкін, В. Мартинюк, Л. Бадалян, Л. Виноградова, М. Іполітова, М. Шеремет, Е. Каліжнюк, І. Кириченко, І. Мамайчук, К. Семенова, А. Шевцов, Н. Пахомова, О.Романенко, Г. Мозгова, Л. Чепурна, Л. Шипіцина та ін.).

Розробкою психолого-педагогічного супроводу дітей із синдромом госпіталізму займалися відомі науковці М. Бітянова, О. Газман, О. Казакова, І. Куліковська, І. Мамайчук, С. Масимова, Л. Шипіцина, О. Єрьоменко та ін.

Значну цінність мають дослідження, присвячені профілактичній та корекційно-педагогічній роботі з дітьми з руховими порушеннями (Є. Архіпова, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Мастюкова, Т. Моісеєва, О. Приходько, Н. Симонова, Л. Руденко, Д. Шульженко, Л. Ханзерук, Л. Чепурна, Н.Пахомова, О. Романенко).

Основні засади організації та проведення профілактичних заходів щодо профілактики синдрому госпіталізму та подолання його наслідків у дітей з психофізичними порушеннями розглядалися у роботах сучасних українських вчених (Н. Дмитріюк, О. Кокорєва, Е. Елісеев, О. Захаров, Р. Мухамедрахімов та ін.) .

Достатньо уваги було приділено науковцями дослідженню подолання вже сформованого синдрому госпіталізму у дітей з психофізіологічними порушеннями (О. Захаров, Й. Лангмейєр, М. Лісіна, О. Максименко, З. Матейчек, А. Прихожан, Н. Толстих та ін.).

Варто закцентувати увагу, що профілактичні заходи щодо попередження появи синдрому госпіталізму у дітей саме з ДЦП є головною ланкою в системі лікування та реабілітації, оскільки спрямовані на виявлення певних загроз для здоров'я, психофізичного розвитку, їх попередження та усунення, є важливим чинником зниження ризику розвитку вторинних відхилень у стані здоров'я дитини з ДЦП. Враховуючи ці обставини, на сучасному етапі розвитку спеціальної психології та освіти важливе значення набуває вивчення вже наявних підходів до проведення профілактичних заходів щодо запобігання появі синдрому госпіталізму у дітей та розробці системи профілактики даного синдрому саме у дітей раннього віку з ДЦП.

Спираючись на викладене і на ґрунтовні дослідження вчених, проблема профілактики синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП все ж залишається не

достатньо вивченою. Фрагментарно дослідженими є питання профілактики синдрому госпіталізму у дітей із ДЦП, не розробленою залишається система профілактичних заходів щодо попередження синдрому госпіталізму саме у дітей раннього віку з ДЦП, розробка яких могла б забезпечити превенцію його виникнення та повторного прояву у дітей, які опиняються в умовах розлуки з матір'ю чи особою, яка її заміняє, при довготривалому лікуванні у медичних закладах чи перебуванні у закладах для дітей, позбавлених батьківського піклування.

Узагальнення наукового доробку з досліджуваної проблеми, аналіз психологічних засад організації профілактичної і корекційної роботи з дітьми раннього віку із ДЦП дали змогу виявити суперечності між:

- потребою спеціальної освіти та психологічної науки в детальному вивченні синдрому госпіталізму у дітей раннього віку, що охоплює визначення його сутності, причин виникнення, передумов запобігання, систематизації заходів з профілактики його виникнення та наявним станом розробки означеної проблеми у психолого-педагогічних наукових і прикладних дослідженнях;

- підвищення до вимог надання якісної допомоги дітям із ДЦП, необхідністю якомога ранішого початку здійснення профілактичної роботи з попередження виникнення синдрому госпіталізму та наявним станом його сформованості у дітей раннього віку із ДЦП;

- визначеною необхідністю у здійсненні ефективної профілактичної роботи командою фахівців, які надають медичну, психологічну, корекційно-виховну, логопедичну допомогу дітям із ДЦП та недостатністю методико-профілактичних розробок, посібників та засобів для здійснення такої роботи з дітьми раннього віку з ДЦП.

Актуальність зазначеної проблеми, її недостатня наукова розробленість у спеціальній психології, освіті та виявлені суперечності зумовили вибір теми дисертаційного дослідження **«Профілактика синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до тематичного плану наукових досліджень кафедри спеціальної психології та медицини факультету спеціальної та інклюзивної освіти Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова і є складовою наукового напряму «Зміст освіти, форми, методи і засоби підготовки вчителів». Тема дисертації затверджена Вченою радою Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол від 27 лютого 2020 року № 9)

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні, створенні та експериментальній перевірці системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

Відповідно до мети визначено такі завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз психолого-медико-педагогічної літератури щодо проблеми формування синдрому госпіталізму, розкрити причини і механізми його розвитку у дітей з ДЦП.

2. Емпірично дослідити та ґрунтовно проаналізувати вікові особливості прояву синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП; охарактеризувати варіанти перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

3. Розглянути підходи до профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, обґрунтувати психолого-педагогічні умови профілактичної роботи з дітьми в умовах госпіталізму.

4. Розробити систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП та експериментально перевірити ефективність профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП щодо попередження синдрому госпіталізму у дітей визначеної категорії.

Об'єкт дослідження – синдром госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП

Предмет дослідження – профілактика синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

Методи дослідження. Для досягнення визначеної мети та виконання поставлених завдань у роботі використано комплекс наукових методів:

– *теоретичні:* аналіз наукових джерел – для визначення стану розробленості досліджуваної проблеми, пошуку визначень сутності і причин виникнення синдрому госпіталізму у дітей раннього віку; порівняння та узагальнення поглядів науковців – з метою виявлення особливостей виникнення синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП; систематизація наукових джерел – для обґрунтування специфіки профілактичної роботи з попередження виникнення і розвитку синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП.

– *емпіричні:* тестування, використання опитувальних методик – для дослідження рівня нервово-психічного і психомоторного розвитку дітей раннього віку з ДЦП; опитування батьків дітей з ДЦП – для визначення впливу батьківсько-дитячих відносин у сім'ї на рівень моторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей; психологічний експеримент (констатувальний, формувальний і контрольний етапи) – для перевірки ефективності розробленої системи профілактичної роботи з попередження виникнення синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП.

– *методи математичної статистики:*

Теоретико-методологічна основа дослідження ґрунтується на:

– концептуальних положеннях про закономірності психічного розвитку дитини в онтогенезі (Л. Виготський, Д. Ельконін, О. Запорожець, О. Леонтьєв та інші) й умовах психічного дизонтогенезу (В. Бондар, Л. Виготський, О. Романенко, Т. Сак, М. Шеремет, А. Шевцов, М. Ярмаченко та інші); теорії про сутність і закономірності розвитку дітей із порушеннями психофізичного розвитку (А. Колупаєва, О. Романенко, Т. Сак, Т. Скрипник, М. Супрун, В. Синьов та інші); дослідженнях у галузі спеціальної психології та корекційної педагогіки, спрямованих на вивчення особливостей психофзичного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (Л. Бадалян, Л. Журба, В. Козявкін, О. Мастюкова, Л. Левченко, І. Мамайчук, Л. Руденко, О. Романенко,

Г. Мозгова, М. Іполітова, О. Приходько, Е. Калижнюк, Є. Архипова, Л. Ханзерук, Д. Шульженко та ін.); методичних та методологічних підходах до оцінювання психічного розвитку дитини, новітніх психокорекційних технологіях Т. Ілляшенко, О. Мастюкова, І. Мамайчук, О. Усанова, В. Синьов, Н. Пахомова, Н. Семаго, О. Романенко, Л. Шипіцина та ін.); теорії щодо задоволення матір'ю потреб дитини (Ш. Бюлер, Е. Еріксон, А. Маслоу, З. Фрейд, А. Фрейд, Р. Шпіц та ін.); основах теорії об'єктивних відносин (Дж. Боулбі, Д. Віннікот, М. Кляйн, А. Фрейд, Р. Шпіц та ін.); засадах теорії прихильності Дж. Боулбі; основах положення про соціалізацію осіб із психофізичними порушеннями (В. Бондар, Т. Ілляшенко, О. Романенко, Л. Руденко, А. Обухівська, С. Федоренко, А. Шевцов, Л. Шипіцина та ін.); теорії і концептуальних положеннях про психолого-педагогічні та медичні аспекти проблеми соціальної депривації (Г. Бевз, Я. Гошовський, З. Матейчек, І. Підласий, А. Прихожан, Л. Руденко, Г.Мозгова та ін.); долідженнях феномену депривації у контексті психофізичного і соціального розвитку дітей, які перебувають в інтернатних умовах (Г. Бевз, Д. Боулбі, Я. Гошовський, Й. Лангмейер, А. Прихожан, А. Капська, Л. Мардахаєв та ін.); положеннях концепції емоційної депривації (Дж. Боулбі, Я. Гошовський, М. Ейсворт, Й. Лангмейєр, З. Матейчек та ін.); наукових підходах щодо вивчення особливостей змін психіки у дітей-сиріт за умов емоційної депривації (М. Бардишевська, М. Кістякова, М. Лісіна, А. Прихожан, М. Просєлкова, А. Роголь, Ю. Терлецька, Н. Толстих, І. Фурманов, І. Ярославцева та ін.); дослідженнях особливостей виникнення і подолання симптомів психічної депривації у дітей-сиріт (Г. Бевз, Л. Волинець, Н. Дмитріюк, Н. Комарова, І. Крупник, С. Курінна, І. Манохіна, Ж. Петрочко, І. Пєша та ін.); теоретико-методологічних засадах організації профілактичної роботи та основах побудови корекційно-реабілітаційної системи (О. Безпалько, Л. Галігузова, Т. Журавель, А. Шевцов та ін.); дослідженнях у сфері лікувальної фізичної культури щодо дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (Л. Бадалян, В. Козявкін,

К. Семенова, В. Мартинюк, О. Мастюкова та ін.); теоретичних і методологічних засадах корекційно-розвивальної роботи з дітьми в депривaційних умовах (Н. Бочаріна, Н. Дмитріюк, І. Крупник, І. Мамайчук, Ж. Петрочко, А. Прихожан, Н. Толстих, О. Устінова, Г. Уриваєв та ін.).

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалося упродовж 5 років на базі дошкільних навчальних закладів: спеціальний навчально-виховний комплекс «МРІЯ» для дітей із вадами опорно-рухового апарату та ДЦП Деснянського району м. Києва; закладу дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу № 35 «Кульбабка» Жовтоводської міської ради Дніпропетровської області; на базі закладів медико-соціальної реабілітації: КЗ КОР «Спеціалізований обласний будинок дитини м. Біла Церква»; КЗ «Кам'янський спеціалізований будинок дитини» Дніпропетровської обласної ради; КЗ «Інклюзивно-ресурсний центр «Світ дитинства» Кам'янської міської ради Дніпропетровської області; на базі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України в м. Києві; на базі Київської міської дитячої клінічної лікарні №1, неврологічне відділення.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

вперше:

- здійснено ґрунтовний науково-теоретичний аналіз сутності синдрому госпіталізму та досліджено його клінічні прояви в дітей раннього віку з ДЦП на основі релевантно підібраного діагностичного інструментарію;

- запропоновано визначення синдрому госпіталізму як погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку;

- розроблено програму та підібрані методи дослідження синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, що дають змогу різнобічно

діагностувати показники нервово-психічного і психомоторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей цієї категорії в умовах госпіталізму;

- виділено варіанти перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП**:** невротичний, тривожний, депресивний, моторно-руховий та визначено його види, залежно від ситуації виникнення: «лікарняний госпіталізм», «госпіталізм дітей-сиріт», «сімейний госпіталізм»;

розроблено:

- систему профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, що охоплює заходи первинної, вторинної і третинної профілактики, спрямовані на превенцію, корекцію та відновлення психомоторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей з ДЦП.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробці та впровадженні системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП у роботу фахівців багатопрофільної команди, які працюють з дітьми даної категорії в умовах їх перебування в медичних закладах і закладах для дітей, позбавлених батьківського піклування.

Матеріали дисертаційного дослідження, його основні положення і висновки можуть бути використані: фахівцями багатопрофільної команди в процесі забезпечення медико-психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку із ДЦП в умовах госпіталізму; в консультативному процесі з їхніми батьками та вихователями; в освітньому процесі закладів вищої освіти для ознайомлення здобувачів із отриманими результатами в межах вивчення навчальних дисциплін «Корекційна педагогіка», «Спеціальна психологія», «Фізична реабілітація», «Інклюзивна освіта», «Спеціальна освіта», «Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в інклюзивному освітньому середовищі» та ін.

Також розроблена система профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, що охоплює заходи, спрямовані на превенцію, корекцію та

відновлення психомоторного, сенсорного, мовленнєвого, розумового, соціального розвитку дітей з ДЦП; може використовуватися фахівцями соціальних служб в системі соціальної і психологічної роботи з дітьми даної категорії та їх батьками; у системі післядипломної освіти з метою підвищення професійної компетентності спеціальних психологів, корекційних педагогів, які працюють з дітьми даної категорії.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на науково-практичних й наукових конференціях:

− міжнародних:

«*Perspective of science and practice.* Collection of materials» (Amsterdam, 2021); *III міжнародна науково-практична конференція «Духовно-інтелектуальне виховання і навчання в XXI столітті» (Харків, 2022)*

− всеукраїнських:

«*Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку*» *(Переяслав, 2019), «Зростаюча особистість у смислоціннісних обрисах» (Київ, 2020),* «*Сучасна психологія і педагогіка: теорія і модерна практика освітнього процесу в епоху пандемічних викликів.*» *(Слов'янськ, 2021), «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми і перспективи розвитку» (Переяслав,2021), «Сучасні проблеми логопедії та реабілітації» (Суми, 2021),* «*Духовно-інтелектуальне виховання і навчання в XXI столітті»(Харків,2022).*

− звітних:

щорічній науковій конференції викладачів та аспірантів НПУ імені М. П. Драгоманова (Київ, 2019–2022).

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в практику навчально-виховної роботи дошкільних закладів: спеціальний навчально-виховний комплекс «МРІЯ» для дітей з вадами опорно-рухового апарату та ДЦП Деснянського району м. Києва (довідка № 243 від 18.11.2022 року); закладу дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу №35 «Кульбабка»

Жовтоводської міської ради м. Жовті Води, Дніпропетровської області (довідка № 384 від 21.10.2022 року); корекційно-реабілітаційній роботі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України в м. Києві (довідка № 038-08/79 від 19.11.2022 року); практичній медико-соціальній роботі неврологічного відділення Київської міської дитячої клінічної лікарні №1, неврологічне відділення (довідка № 234 від 11.10.2022 року); закладах медико-соціальної реабілітації: КЗ «Кам'янський спеціалізований будинок дитини» Дніпропетровської обласної ради та КЗ «Інклюзивно-ресурсний центр «Світ дитинства» Кам'янської міської ради, Дніпропетровської області (довідка № 01-08/98 від 17.11.2022); КЗ КОР «Спеціалізований обласний будинок дитини м. Біла Церква» (довідка № 021-07/99 від 10.11.2022 року).

Особистий внесок здобувача. Побудовано систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, де виокремлено напрями, умови та сфери реалізації заходів первинної, вторинної і третинної профілактики даного синдрому у зазначеної категорії дітей. Розроблена система профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП з урахуванням особливостей визначених варіантів перебігу синдрому госпіталізму, а саме: депресивного, тривожного, невротичного, моторно-рухового.

Публікації. Основні результати дослідження викладено у 8 публікаціях, із них: 6 статей – у наукових фахових виданнях України, включених до категорії Б ; 1стаття – у міжнародному періодичному фаховому виданні (Польща); 1 стаття у міжнародній колективній монографії (Німеччина); 6 публікацій у збірниках матеріалів конференцій (1 публікація у збірнику матеріалів міжнародної конференції, 1 публікація у збірнику матеріалів всеукраїнської конференції з міжнародною участю, 4 публікації у збірниках матеріалів всеукраїнських конференцій).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку

використаних джерел (всього – 147 найменувань), 2 додатків. Загальний обсяг дисертації становить – 255 сторінок, обсяг основного тексту – 186 сторінок. Робота містить 21 таблицю та 14 рисунків.

РОЗДІЛ 1. СИНДРОМ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ ЯК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Визначення синдрому «госпіталізм», причини виникнення

Профілактика і подолання синдрому госпіталізму у дітей, які змушені бути в розлуці з найріднішими людьми (батьками), становить важливе завдання для психолого-педагогічної науки, оскільки ця сфера науково-практичної діяльності орієнтована на створення в соціумі сприятливих умов для соціального розвитку особистості, яка позбавлена можливості розвиватися та виховуватися в сімейному оточенні. Для пошуку ефективних шляхів вирішення зазначеного завдання, насамперед, варто здійснити аналіз дефініцій основних понять, які складають логіко-змістовну основу нашого дослідження. У якості таких нами визначається понятійна діада «госпіталізм – депривація».

Насамперед, варто відзначити, що єдиного затвердженого визначення госпіталізму натепер не існує, оскільки науковці підходять до його розуміння по-різному, погоджуючись у тому, що вирішальний вплив на виникнення цього синдрому здійснює розлука з матір'ю або особою, яка її заміняє, що відбувається в ранньому віці дитини. Термін «госпіталізм» (введений Р. Шпіцем 1945 р.) застосовується до дітей до півтора років життя і відображає хворобливий психічний стан, що виявляється в прогресуючому зниженні коефіцієнта розвитку до рівня маразму і смерті [132].

За ствердженням І. Манохіної, «госпіталізм – погіршення стану здоров'я дитини як наслідок тривалого перебування в лікувальних установах, що виникає, коли дитина ще немовлям втрачає вже налагоджені близькі зв'язки з матір'ю або особою, яка її замінює» [64, с. 106].

За даними Е. Устинової, «синдром госпіталізму – це розлад розвитку в результаті розлуки дитини в ранньому віці з матір'ю або з особами, які її заміняють» [114, с. 205].

Термін «госпіталізм» походить від франц. *hospital* – лікарня, в медицині означає синдром патології дитячого психічного і особистісного розвитку, що з'являється у дітей внаслідок відділення їх від матері (Т. Дорофєєва [37], О. Приходько [87]).

Відповідно до визначення терміна у Великому психологічному словнику за редакцією Б. Мещерякова та П. Зінченко, госпіталізм трактується як «глибока психічна та фізична відсталість, яка виникає в перші роки життя дитини внаслідок дефіциту спілкування та виховання». Визначаються такі ознаки госпіталізму: «запізнілий розвиток рухів, особливо ходи, різке відставання в оволодінні мовою, емоційна збідненість, безглузді рухи нав'язливого характеру (розгойдування тіла тощо), а також супутні цьому комплексу психічних недоліків низькі антропометричні показники, рахіт» [70, с. 111].

Разом із цим, у словнику А. Ребера акцентується увага на іншому аспекті, важливому в контексті сучасного використання цього терміна, – специфіці спілкування дитини з оточенням. Госпіталізм розглядається як синонім розладу реактивної прихильності та визначається таким чином: «розлади дитячого та немовлячого віку, які характеризуються нездатністю дитини створювати нормальні соціальні взаємодії і відповідно на них реагувати, або (у старших дітей) нерозбірливістю у спілкуванні, особливо зі сторонніми та іншими соціально невідповідними індивідами. Передбачається, що цей розлад виникає внаслідок патологічного раннього догляду за дитиною, що відрізняється відсутністю нормальної та соціальної стимуляції, оскільки він (синдром госпіталізму) спостерігається навіть тоді, коли дитина забезпечується гарним харчуванням та дотриманням відповідних соціальних умов» [99].

Явище госпіталізму набуває особливої гостроти у дітей раннього віку. Супроводжується проявами соціальної дезадаптації, втрати інтересу до діяльності, погіршення контактів з оточенням, тенденцією до хроніфікації захворювання, посиленням характеропатичних проявів тощо [5, с. 155].

Звертаючись до історії вивчення цього поняття, з'ясовуємо, що поняття «госпіталізм» з'явилося в психології після Другої світової війни. За його допомогою науковці описували психічний розвиток дітей, які втратили батьків, і внаслідок цього утримувалися в лікарнях або дитячих будинках. Зокрема, психоаналітик Р. Шпітц [132] звертав увагу на численні симптоми порушення поведінки таких дітей та затримку їхнього психічного й фізичного розвитку. Аналізуючи проблеми дітей, позбавлених батьківського піклування, він разом із Дж. Боулбі [9; 10] та Д. В. Віннікотом [16] підтримували теорії об'єктних відносин, і встановили, що, незважаючи на гарний догляд, достатнє харчування, гігієнічні умови, відсоток смертності немовлят у цих установах був дуже високим. Численні дослідження доводили, що госпіталізм насамперед негативно впливає на розвиток мовлення дитини, формування її пізнавальних функцій, емоційний розвиток.

Спостерігаючи за розвитком дітей у закритих дитячих установах, педіатр Е. Піклер знайшла нові симптоми госпіталізму. На перший погляд, ці діти справляють позитивне враження. Вони слухняні, зазвичай зайняті грою, по вулиці йдуть парами, не розбігаються, не затримуються, не набридають своїми вимогами дорослим, їх можна легко роздягнути чи одягнути. Однак, у таких дітей цілком відсутня вольова поведінка та власна ініціатива, – відзначала вона [74].

Вивчаючи особливості дітей, які осиротіли під час війни і виховувалися у дитячих будинках, Анна Фрейд вказувала на значний вплив цих умов на все їх подальше життя. Вона дійшла висновку, що в підлітковому віці такі діти нездатні вступати у вибіркові стосунки з дорослими та однолітками, натомість більшість намагалася встановити тісні взаємини «дитина – мати» з будь-ким із дорослих. Інакше кажучи, діти, які зростали в депривованих умовах, без встановлення тісних об'єктних відносин з матір'ю чи особою, яка її заміняє, не відчули на собі любові дорослого, у подальшому (у підлітковому віці, на думку А. Фрейд) будуть шукати нагоди встановити значимі відносини з різними людьми (не обов'язково

порядними та відповідальними). Залежно від того, чи будуть ці зв'язки підтримані дорослим і яким саме чином, який зразок для наслідування отримає дитина, буде відбуватися її розвиток і соціалізація у світі. Найчастіше такі діти або встановлюють велику кількість поверхових зв'язків з іншими людьми, або потрапляють під вплив антиморальних людей, дорослих-маніпуляторів, яким вигідні такі відносини [116].

В українській психолого-педагогічній науці першими, хто вивчав проблему виховання тяжковиховуваних дітей були А. Макаренко, В. Сухомлинський, які робили акцент саме на впливі середовища на особистість дитини. Проблему розвитку дітей раннього віку в депривованих умовах також досліджував відомий вчений Л. Виготський. Однією з центральних його ідей є визначення найважливішою умовою розвитку дитини соціальну ситуацію її розвитку – систему стосунків між дитиною та соціальною дійсністю, і визначення дорослого як носія культурно-історичного досвіду і найважливішого джерела розвитку дитини. Тільки в постійному контакті з дорослим, на думку Л. Виготського [22], можлива інтеріоризація як основний механізм розвитку дитини. Крім того, цей контакт сприяє формуванню в дитині потреби в прихильності до близького дорослого.

Погляди Л. Виготського [22] знайшли свою розробку в концепціях інших психологів, які також розглядають дитинство, як результат соціогенезу взаємодії дитини та дорослих. Так, В. Мясищев визначає головною умовою гармонійного розвитку особистості – багатство стосунків із навколишнім світом і підкреслює необхідність дослідження ситуацій, які треба розглядати в якості найбільш значущих джерел депривації для конкретної особистості [73].

На основі практичних досліджень М. Лісіна, опираючись на ідеї видатного психолога Л. Виготського, довела, що причина виникнення госпіталізму та його наслідків для дитячого розвитку полягає не в біологічній прихильності дитини до матері, а саме в організації спілкування, у формуванні специфічно людських потреб, керуванні орієнтувальною діяльністю дитини. Тобто, важливе значення

для дитини має присутність не матері як біологічного чинника, а взагалі будь-якого дорослого як конкретного носія людської культури й способів її освоєння, з яким дитина зможе встановити тісний контакт і сформувати прихильність до неї [60, с. 105].

На сучасному етапі розвитку психолого-педагогічної науки дослідники (Т. Дорофєєва [37], І. Мамайчук [63], О. Приходько [87], С. Тунтуєва [111]) зауважують, що госпіталізм – загальна назва для групи порушень поведінки і емоцій, що спостерігається в усіх дітей або людей, які в різній мірі зазнали депривації і браку поваги до себе, які не отримували уваги й ласки, не відчували впевненості в тому, що близькі їх люблять. Це явище було вивчено на прикладах дітей і людей, які довго перебували в стаціонарних умовах, де були обмежені контакти, і переважав напружений або пригнічений емоційний фон [36].

За Г. Лавровою, О. Солдатовою, госпіталізм – це стан ізоляції дитини від матері, від емоційних контактів і, як правило, сенсорно-перцептивних вражень і відчуттів взагалі. Такий дефіцит спілкування і контакту з близькою людиною позначається на подальшому розвитку дитини. Це відображається на темпах психічного розвитку (виникає затримка психічного розвитку), страждає передмовленнєвий розвиток і мовленнєва функція взагалі, ускладнюється когнітивний розвиток, емоційний [107, с. 60].

Дослідниця Б. Єржабкова відзначає, що «хоча госпіталізм вважається феноменом психічним, він супроводжується багатьма фізичними симптомами, такими як підвищення схильності до захворювання, зниження імунітету, відставання в розвитку, втрата дитиною ваги, проблеми зі сном, сповільнення моторики, проблеми в контактах аж до нездатності зав’язувати їх узагалі, симптоми, подібні до ідіотизму, можна зареєструвати навіть вищу смертність дітей» [40, с. 230]. Суміжними похідними госпіталізму науковець називає і такі особистісні дисфункції, як виникнення дефектів постійного характеру, утрата контактів із близькими особами, страх розлуки, туга за батьками, дезорієнтація в

новому середовищі, страх перед болем, утрата самостійності, обмежена можливість у пересуванні, нудьга тощо [40].

Нині в науковій літературі «синдром госпіталізму» визначається через психічну та фізичну відсталість, яка виникає в перші роки життя дитини внаслідок «дефіциту» виховання, недоліку спілкування дитини з матір'ю, недостатності емоційних і соціальних контактів (І. Левченко [57; 58], І. Мамайчук [63], О. Приходько [87], О. Устінова [114]). Особливо цей синдром помітний у дітей, яким за станом здоров'я доводиться тривалий час перебувати в медичних закладах, у дітей-сиріт, позбавлених батьківського піклування, які проживають у будинках-інтернатах.

Одним зі складних аспектів досліджуваної проблеми Я. Гошовський називає те, що госпіталізм (шпиталізм) як негативне явище в психічному розвитку дитини, що виховується без опіки й сприятливої участі батьків, може трансформуватися в інституціалізм. У такому випадку, до суттєвої психічної та фізичної відсталості як наслідку важких форм госпіталізму додається ще й тягар режимного перебування в дитячому навчальному закладі закритого типу [26, с. 89].

Слід зазначити, що останнім часом проблеми дітей, які розлучаються із біологічними родинами та влаштовуються в сімейні форми виховання чи в будинки-інтернати, досліджуються і соціальними педагогами, серед яких найґрунтовніші роботи опублікували Г. Бевз [2; 3], Т. Бондаренко [6; 7], Т. Журавель [7], І. Звєрєва [49], Н. Комарова, Л. Мельничук, І. Пєша [51], Л. Петранівська [81], Ж. Петрочко [82] та ін. Вказані дослідниці звернули увагу на те, що діти цієї категорії переживають депривацію через втрату емоційних зв'язків з батьками, з біологічною родиною в цілому, позбавлені затишку, комфорту й захищеності, вони відчувають несприятливий вплив навколишнього середовища. На думку вчених, синдром госпіталізму є одним із проявів депривації.

Розглядаючи класичну депривацію, яка виникає в дітей, що залишились без батьківського піклування, Г. Бевз наголошує на тому, що її крайнім випадком є госпіталізм – «погіршення стану здоров'я дитини під впливом перебування в лікувальних установах, яке виникає внаслідок того, що дитина у віці немовляти втрачає вже налагоджені близькі зв'язки з матір'ю або особою, яка її заміщує» [3, с. 15].

Вітчизняні та зарубіжні вчені по-різному розглядали «синдром госпіталізму», але більшість авторів схильні до того, що «синдром госпіталізму» є крайнім проявом материнської депривації.

Враховуючи вище викладене, в нашому дослідженні ми будемо розглядати синдром госпіталізму через призму поняття «депривація».

Аналіз причин виникнення синдрому госпіталізму свідчить про їх комплексність і взаємообумовленість.

Дослідниця А. Машкаринець-Бутко [67] стверджує, що госпіталізм – синдром патології дитячого психічного й особистісного розвитку – результат відокремлення дитини від матері та її ранньої інституалізації.

Причина виникнення госпіталізму, на думку Т. Дорофеєвої, у відсутності спокою, гармонії та персональної уваги, що викликає велику кількість страхів за майбутнє [37].

За даними І. Дубровіної, А. Рузської, синдром госпіталізму виникає внаслідок цілого ряду різних причин. Це і виховання дитини в дитячих установах, і недостатня турбота матері про дитину, і тимчасовий відрив дитини від матері, пов'язаний з хворобою, і, нарешті, недостатність або втрата любові і прихильності дитини до певної людини, яка виступає для неї в ролі матері [38]. Отже, на думку вказаних вчених, найважливіша причина виникнення госпіталізму криється у порушенні емоційного зв'язку, втраті прихильності дитини до матері чи людини, яка її заміняє.

Дослідження вчених Л. Галігузової і С. Мещерякової [24], І. Дубровіної і А. Рузської [38] доводять, що діти, які перебувають в умовах госпіталізму, на тлі

напруженої потреби в спілкуванні з дорослим і одночасно підвищеної залежності від нього, привертають до себе увагу підвищеною агресивністю до дорослого. Розвиток особистості дитини відбувається за неврологічним типом, і в цьому випадку нею використовуються різні захисні механізми. Отже, розлука з матір'ю призводить до виникнення тяжких емоційних переживань дитини, що позначається на багатьох психічних процесах і призводить до формування синдрому госпіталізму (І. Дубровіна і А. Рузська [38]). Наведені дані підтверджує дослідження вчених Й. Лангмейера та З. Матейчека, які визначали, що найважливішим джерелом позитивних і негативних емоцій малюків була присутність і поведінка дорослих, а їх відсутність призводила до депривації і, як наслідок, виникнення синдрому госпіталізму [56].

Розглядаючи формування прихильності в дітей, Т. Бондаренко [6; 7] та Ю. Удовенко [112] зазначають, що «**синдром госпіталізму** – це глибинна психічна та фізична затримка, обумовлена «дефіцитом» спілкування з дорослими в перший рік життя дитини» [7, с. 167].

Разом із цим, госпіталізм може виникнути в дітей як в державних закладах, типу будинків дитини, інтернатів, так і в сім'ях, де батьки не приділяють дитині необхідної уваги. Зокрема, за ствердженням Е. Устінової, «госпіталізм може розвинутися в дитини, яка проживає з матір'ю, але не отримує достатньої уваги, такі умови зазвичай виникають у соціально неблагополучних сім'ях» [114, с. 205].

Досліджуючи причини виникнення синдрому госпіталізму, Н. Дмитріюк вказує на існування явних і прихованих його форм. Явний прояв госпіталізму має очевидний характер: перебування дитини в умовах соціальної ізоляції, тривала самотність, виховання дитини в дитячому будинку і т.п. Це видиме відхилення від норми (у культурному розумінні). Прихований госпіталізм не так очевидний, він виникає при зовні сприятливих умовах, які, однак, не дають можливості задоволення значущих для дитини потреб. Частковий прояв госпіталізму можна

спостерігати там, де не відбулося прямої розлуки дитини з матір'ю, але їх відносини з будь-якої причини не комфортні для дитини [3, с. 129].

Як було вже зазначено, проблема госпіталізму розглядається в науковому психолого-педагогічному, медичному та соціологічному просторі у зв'язку з депривацією, яку дослідниця Н. Каут визначає як «різноманітні порушення у формуванні та функціонуванні психіки внаслідок відносно тривалого блокування значущих потреб людини, обмеження в їхньому задоволенні. Особливо це стосується перцептивних служб (у відчуттях і сприйманні), потреб у спілкуванні, емоційній підтримці, самореалізації, повазі, безпечності, творчості, ідентичності, інтимності тощо» [45, с. 46].

При цьому, як засвідчує О. Максименко, поняття госпіталізм, або «лікарняний синдром», введене німецько-американським психологом Р. Шпіцем для опису психічного стану дитини, яка віддана на тривалий час у лікарню без матері, у психологічній науці є близьким за значенням до поняття материнська депривація. Однак, вчений зазначає, що терміни «госпіталізм» і «депривація» не є повними синонімами, оскільки їх зміст перетинається лише частково [61, с. 10].

Подібне твердження знаходимо і в праці А. Поляничко, яка зауважує, що «незважаючи на те, що поняття «госпіталізм» і «материнська депривація» вважаються близькими у психології, медицині та педагогіці, проте вони не є синонімами, їх зміст не співпадає». Термін «госпіталізм» є більш вузьким, оскільки обмежений віком дитини (до півтора року) і місцем її перебування (лікарня, притулок). А термін «материнська депривація» означає, що через відсутність материнської любові і турботи (не обов'язково з боку рідної матері) діти позбавляються можливості задовольняти цілий комплекс необхідних для нормального розвитку потреб – фізіологічних, психічних, соціальних тощо. Це негативно впливає на перебіг психічного і фізичного розвитку, і сила руйнівних наслідків материнської депривації в цьому випадку значно залежить від віку дитини: вони будуть більш інтенсивні в ранньому віці, коли дитина безпорадна й максимально залежна від матері [86, с. 12].

Понятійний аналіз депривації у словниках з психіатрії, соціальної педагогіки, психофізіології (Т. Алексєєнко [1], М. Безруких і Д. Фарбер [94], В. Блейхер та І. Крук [5], Л. Мардахаєв [65], Ч. Райкрофт [95]) показав, що цей термін почав використовуватися в науці в першій половині XX ст. у межах фізіологічних досліджень, пов'язаних із позбавленням організму можливості задовольняти ті чи інші життєві потреби.

В енциклопедичному словнику медичних термінів поняття «депривація» визначається як «позбавлення чи обмеження можливостей задоволення будь-яких потреб організму», а соціальна депривація трактується «у зв'язках з оточуючим соціальним середовищем (наприклад, через втрату фізичного здоров'я)» [133, с. 338].

У психолого-педагогічній науці цей термін став відомий завдяки працям вченого Дж. Боулбі, який вважав, що діти, позбавлені материнської турботи у ранньому дитинстві, відчувають депривацію як затримку в емоційному, фізичному й інтелектуальному розвитку [8, с. 221]. Загалом, суть депривації в рамках психоаналітичного підходу полягає в браку або в перериванні зв'язків дитини передусім з матір'ю, що зумовлює виникнення первинної тривоги, печалі й агресії, зниження базової довіри до світу (Дж. Боулбі, Д. Віннікот, М. Кляйн, А. Фред, Р. Шпіц та ін.). Вчений Р. Шпіц [132] наголошував на тяжких наслідках довготривалої повної депривації, її драматичному перебігу, стійкості та глибокому втручанню в структуру особистості, що зумовлює в подальшому її схильність до правопорушень або навіть психозу, та розкриває депривацію як специфічний стан, пов'язаний з біологічно повноцінним, але психічно недостатнім середовищем.

Депривація (від лат. *Deprivatio* – втрата, позбавлення) – психічний стан, що виникає в результаті життєдіяльності людини в умовах тривалого позбавлення або істотного обмеження можливостей задоволення життєво важливих її потреб [119]. Вчені Й. Лангмейер, З. Матейчек відзначають: «депривація – це психічний стан, який виникає, коли суб'єкт не має можливості задовольняти

деякі свої основні (життєві) психічні потреби в достатній мірі протягом тривалого часу» [56, с. 43].

За свідченням С. Курінної, в основі психофізіологічних механізмів депривації лежить довготривале усунення сенсорних подразників, що супроводжується структурно-функціональними змінами певних відділів мозку та цілою низкою психічних розладів (від порушень сенсорних і мисленнєвих процесів до галюцинацій, марення). У клінічній психології терміном «депривація» позначають: утрату, вилучення від будь-якого бажаного об'єкта чи людини; стан втрати, розриву соціальних зв'язків; позбавлення або недостатнє задоволення будь-якої потреби [55, с. 10].

За ствердженням дослідниці І. Манохіної, психічна депривація виникає в результаті того, що дитина позбавлена можливості задовольнити основні (життєві) психічні потреби достатньою мірою та протягом певного часу – потреби в різноплановому та розвиваючому оточенні; в емоційних зв'язках, перш за все з матір'ю, батьком і близькими людьми, відчуття комфорту, захищеності, довіри, постійності та доброзичливості навколишнього середовища, що потім сприяє здатності до самореалізації [64, с. 102].

Залежно від того, чого саме позбавлена дитина, виокремлюють різні види депривації. Науковці Й. Лангмейер, З. Матейчек виділяють сенсорну, комунікативну, емоційну, материнську, соціальну депривацію та ін.

Симптоматика психічної депривації, на їх думку, може охоплювати весь спектр можливих її проявів – від легких порушень, які не виходять за межі норми в прояві емоційного стану, до дуже грубих вражень розвитку інтелекту та особистості. Зазначені види депривації в різні вікові періоди й у різних умовах життєдіяльності діють по-різному. Загалом для всіх видів депривації характерна загальна закономірність: чим раніше виникла депривація, тим важчою є патологія, яка виникла [56].

На основі аналізу напрацювань О. Ворошніної [20], Й. Лангмейера і З. Матейчека [56], О. Максименко [61; 62], М. Осоріної [78], А. Прихожан і

Н. Толстих [88; 89] встановлено такі різновиди психічної депривації в дитячому віці:

– депривація стимульна (сенсорна) – знижена кількість сенсорних стимулів або їх обмежена мінливість. Сенсорна депривація виникає, коли людина відчуває «сенсорний голод», не отримує достатньої кількості стимулів – зорових, слухових, тактильних тощо. Для опису подібних життєвих умов використовується поняття – «збіднене середовище». У таке середовище часто потрапляє дитина, яка опинилась у будинку дитини, лікарні чи іншій установі закритого типу;

– депривація значень (когнітивна): занадто мінлива хаотична структура зовнішнього світу без чіткого упорядкування та змісту, яка не дає можливості розуміти, передбачати й регулювати інформацію, яка надходить ззовні (Й. Лангмейер, З. Майечек [56]);

– депривація емоційного ставлення (емоційна): недостатня можливість для встановлення інтимного емоційного ставлення до будь-якої особи (прихильності, прив'язаності), або розвитку подібного емоційного зв'язку, якщо такий уже був створений. Перші особи, які оточують дитину, визначають умови життя і соціалізації не тільки в актуальній ситуації раннього віку і дитинства, вони також продовжують впливати й надалі, в інших вікових періодах (О. Максименко [60]). Важливим різновидом емоційної депривації є «материнська депривація» – втрата глибокої прихильності та емоційного зв'язку дитини раннього віку через розрив із матір'ю або особою, яка її заміняє. Розглядаючи проблему материнської депривації в дитячому віці, варто відзначити, що чим молодша дитина, тим деструктивними є наслідки її відділення від значимої особи (мами), соціальної ізоляції. У роботі Й. Лангмейера і З. Матейчека [56] наводиться багато прикладів необоротності наслідків ізоляції дитини в ранньому віці від матері;

– депривація ідентичності (соціальна): обмежена можливість для засвоєння самостійної соціальної ролі. Водночас, під соціальною депривацією

А. Прихожан, Н. Толстих [88; 89] розуміють соціальну ізоляцію, тобто ізоляцію дитини від суспільства. Завдяки спілкуванню з людьми дитина ідентифікує себе, оволодіває знаннями і здобутками культури, отримує навички діяльності. Стаючи свідомим суб'єктом діяльності, дитина усвідомлює себе особистістю. Однак, ізольована від суспільства дитина не опановує норми і правила поведінки в суспільстві, її психічні процеси не розвиваються;

– рухова депривація – виникає при тривалому обмеженні рухів дитини. Нині визнано на різних рівнях, що туге сповивання немовлят має негативні наслідки психологічного характеру [78].

Результати спостережень М. Щелованова і його співробітників, проведені ще в середині XX століття, свідчать, що вже на першому місяці життя немовлята виявляють сильне занепокоєння при обмеженні рухів, викликане, зокрема, тугим сповиванням. Г. Прихожан і Н. Толстих виявили також, якщо дитина перебуває в умовах хронічної гіподинамії, то в неї розвивається емоційна млявість і виникає компенсаторна рухова активність – розгойдування тіла з боку в бік, стереотипні рухи руками, смоктання пальців тощо. Ці рухи досить швидко закріплюються та заважають прогресивному розвитку всієї рухової сфери [89].

У реальності всі види депривації існують у досить складних переплетеннях. Материнську депривацію часто супроводжує сенсорна, рухова, соціальна депривація. Дослідниця Т. Бистрова підтримує думку про те, що материнська деривація – це, в першу чергу, емоційне збіднення дитини, і разом із цим доповнює її, відзначаючи важливу роль у походженні цього стану сенсорному компоненту. Загальновідомо, що мати для дитини раннього віку – джерело численних сенсорних стимулів (тактильних, зорових, слухових), необхідних для нормального розвитку психічних функцій [12, с. 15].

Зарубіжні та вітчизняні дослідники почали звертатися до проблеми госпіталізму в контексті ранньої інституалізації дітей, а також материнської депривації/сепарації від матері. Представники класичного психоаналізу: Дж. Боулбі [9; 10], Д. Віннікот [16], Р. Шпіц [132] у своїх працях зводять

психічну депривацію в дитячому віці до материнської депривації, до взаємовідносин «мати – дитина». Один із перших дослідників зазначеного синдрому (Р. Шпіц) у середині минулого століття пов'язав емоційні та когнітивні розлади дітей, позбавлених піклування, з нестачею материнської турботи. Поворотним пунктом із вивчення психічної депривації в дитинстві стала монографія Дж. Боулбі «Материнська турбота та психічне здоров'я». Дослідник Дж. Боулбі, завдяки якому поняття «депривація» (що дослівно означає – позбавлення, втрата) ввійшло у наукове середовище, трактував причини його виникнення відсутністю батьківської уваги, емоційною холодністю у ставленні до дитини, інакше кажучи, фрустрацією потреби в батьках [10, с. 73].

Дж. Боулбі великого значення надавав явищу прихильності (прив'язаності) дитини до матері. Він встановив, що в первісному суспільстві знаходження дитини в безпосередній близькості до матері було життєво необхідним, забезпечувало захист, без якого вона просто б загинула. [52, с. 35].

Дж. Боулбі довів, що мати для маленької дитини є надійним захистом і головною метою формування емоційного зв'язку між дитиною і матір'ю є – дати дитині відчуття захищеності й безпеки. Саме тепло і ласка, які виходять від матері в перші роки життя, важливі для дитини, підкреслював він, а не правильний догляд і навчання, які здійснюються нею. Однак, різкий розрив зв'язку призводить до серйозних порушень у психічному розвитку дитини, перш за все, у структурі її особистості [8; 9].

Якщо умови виховання дитини порушено (зруйновано емоційні стосунки прихильності), виникають серйозні розлади в психічному здоров'ї різної міри складності, у багатьох випадках незворотного характеру. В умовах тривалої емоційної депривації формується особистість низького рівня розвитку (примітивна) у напрямі психопатичного характеру, який Дж. Боулбі називав «беземорційним». Такий характер спрямовує в подальшому до неадекватної, а також до делінкветної поведінки в дітей [9; 10].

Дж. Боулбі стверджує, що рання розлука з матір'ю призводить до синдрому «афективної тупості». Внаслідок материнської депривації в дитини формується активне неприйняття самої себе, нездатність до дружби, любові, відсутність спільності, подібності з іншими людьми, нехтування собою й іншими. Найчастіше все це знаходить своє вираження та розрядку в агресії, що спрямована на інших людей і проявляється або на зовнішньому рівні (втрата самоконтролю, гнів, обурення, агресивна жестикуляція), або на внутрішньому «прихованому» (озлобленість, недоброзичливість тощо) [10, с. 75].

За результатами досліджень Дж. Боулбі і його послідовників було доведено, що діти, які мають тісний емоційний контакт з матір'ю, демонструють вищі результати в пізнавальній активності, ніж діти, які росли в сім'ях, де панують «холодні» стосунки, або діти, які втратили матір у дошкільному віці. Дж. Боулбі також довів, що в підлітків, які не мали стійкого емоційного зв'язку з матір'ю, частіше спостерігаються депресії, формуються зміни в структурі особистості [9; 10].

Ідея негативного впливу на розвиток дитини раннього віку різних порушень у стосунках з матір'ю, депривaційних умов виховання була обґрунтована в теорії об'єктних відносин Д. Віннікотом. Вчений вважає, що довготривала розлука з матір'ю в період раннього дитинства (до 4-х років) безпосередньо впливає на розвиток особистісного розладу в дитини. Д. Віннікот довів, що порушення стосунків у діаді «мати – дитина» стає важливим фактором порушень особистісної та поведінкової сфери, непостійності у взаємодії з оточенням, низьким емоційним контролем, імпульсивністю, схильністю до агресивних зривів [16, с. 68-70].

Дж. Боулбі й інші дослідники (зокрема, І. Дубровіна та А. Рузська [38], Г. Прихожан та Н. Толстих [88] та ін.) відзначили, що вихованці дитячих будинків, позбавлені достатньої уваги і турботи з боку батьків і опікунів, відчувають затримки в емоційному та інтелектуальному розвитку, стикаються з

труднощами у формуванні близьких довірливих відносин. Дж. Боулбі [8] називав їх «особистостями, позбавленими любові».

Французький психоаналітик Ф. Дольто, яка працювала з маленькими дітьми, що опинилися в умовах материнської депривації, вважала, що проблема виникає тоді, коли дитині не пояснили, що з нею відбувається. З дітьми не говорять про те, що для них важливо [36].

Численні дослідження (Дж. Боулбі [8; 9; 10], М. Кляйн [48], Й. Лангмейер і З. Матейчек [56], А. Фрейд [116; 117] та ін.) свідчать, що поза сім'єю розвиток особистості відбувається по-особливому, при цьому формуються специфічні риси характеру, поведінки, особистості. Позиція психоаналізу передбачає, що рання емоційно-материнська депривація може розглядатися як стимул до утворення механізмів захисту, які рятують дитину від хворобливої фрустрації, спричиненої пошуками взаємодій у навколишньому безмовному світі. Одного разу закріпившись, захисна дія прагне до самозбереження, ізолюючи дитину від взаємодії зі світом, який може надати їй підтримку.

Обговорюючи проблему розвитку дитини поза сім'єю, дослідники Й. Лангмейер і З. Матейчек відзначають, що наслідки материнської депривації в значній мірі залежать від того, в якому віці дитина була розлучена з сім'єю. Довготривала розлука дитини з батьками в перші 3–5 років життя призводить, як правило, до порушення її психічного здоров'я і впливає на весь подальший хід її особистісного розвитку [56].

Особливо актуальною, з огляду на психічний розвиток дитини у перші роки життя, є емоційна депривація, яку вважають базовою для формування материнської депривації. На думку І. Крупника, емоційна депривація є однією з найтяжчих за наслідками для розвитку дитини. Саме нестача емоційно теплого ставлення до дитини, недостатність спілкування з матір'ю в результаті її відсутності взагалі чи тимчасово в умовах перебування дитини на лікуванні, у випадку емоційно холодного, можливо авторитарного типу виховання, ведуть до незадоволення потреб дитини в любові та прийнятті і, як наслідок, – до великої

кількості порушень психічного, інтелектуального, мовленнєвого розвитку, психічних розладів, не сформованості базової довіри до світу. Можливе виникнення психозів та неврозів у майбутньому [53, с. 159].

Ізоляція дитини від матері, зазвичай, призводить до тяжких наслідків інтелектуального розвитку та особистісних функцій, які не піддаються виправленню. На думку Г. Прихожан, Н. Толстих, недоліки виховання, пов'язані з відсутністю материнського «тепла» та любові, полягають у тому, що дитина виявляється дезорієнтованою в духовних цінностях, у тому числі й цінностях власного «Я» [88].

У працях науковців І. Дубровіної і А. Рузської [38], Г. Прихожан і Н. Толстих [88; 89] було проаналізовано несприятливі наслідки виховання дітей у державних закладах без сім'ї. Вони довели, що основоположним патогенним фактором є власне сирітство, тим більш значуще, чим у більш ранньому віці був порушений зв'язок «мати – дитя». За даними досліджень вказаних вчених, розлука з матір'ю на першому році життя призводить до депресивних розладів, які стосуються трьох сфер: емоційної (проявляється у вигляді смутку, апатії, байдужості), моторної (характеризуються малою виразністю міміки, проявами стереотипних і звичних дій – смоктанням пальців, крутінням одягу, грою з пальцями рук, покусуванням губ, пальців та ін.) та пізнавальної (проявляється в зниженні загальної активності, слабкому розвитку ігрової діяльності.). Спілкування таких дітей відрізняється млявістю, безініціативністю, бідністю комунікативних засобів [88].

Результати досліджень Д. Віннікота [15; 16], Е. Вроно [21], А. Захарова [42], Й. Лангмейера і З. Матейчека [56], Г. Прихожан і Н. Толстих [88; 89], А. Фрейд [116; 117], Л. Шіпіціної [131] та ін. щодо проявів емоційної депривації у дітей показують, що у віці від одного до трьох років формується ряд особливостей, які відрізняють вихованців дитячих будинків від їх однолітків, які виховуються в сім'ях.

Для дітей раннього віку, які виховуються поза сім'єю, за свідченням С. Курінної, характерним для депривованих дітей є симптомокомплекс у вигляді недостатності розвитку афективно-вольової сфери особистості, затримки чи спотворення формування психічних функцій, який отримав спеціальну наукову назву – «синдром сирітства» [55, с. 11].

На думку Г. Прихожан, Н. Толстих, у дітей, особистість яких формується в умовах емоційно-материнської депривації, відсутня здатність до співпереживання іншим людям, як дорослим, так і однолiткам; в ігровій діяльності практично відсутня рольова взаємодія з однолітками; спілкування з однолітками відрізняється емоційною бідністю і ситуативністю, і в процесі гри зводиться до конкретних звернень і зауважень з приводу дій партнера. У закладі закритого типу дитина змушена спілкуватися з однією і тією ж групою однолітків, діти звикають підкорятися вимогам вихователів, «жити по інструкції», що блокує здатності вирішувати соціальні проблеми [89].

Вихованці дитячих будинків прагнуть максимально бути слухняними, в якомусь сенсі намагаються догодити дорослому. На погляд О. Максименко, це пояснюється тим, що в закритому дитячому закладі позитивне ставлення дорослого дитина повинна, як правило, заслужити виконанням його вимог, зразковою поведінкою, гарними оцінками. Потреба в позитивному ставленні дорослого стикається з глибокою фрустрованістю потреби в інтимно-особистісному спілкуванні з дорослими, що в поєднанні з невідпрацьованістю адекватних форм спілкування створює суперечливу, складну картину розвитку комунікативних здібностей депривованих дітей [61, с. 12].

Одним із різновидів депривації, з яким стикаються діти, позбавлені батьківського виховання, які знаходяться у вимушеній розлуці з близькими і рідними людьми, є комунікативна депривація. За визначенням С. Савенишевої, В. Чижової, комунікативна депривація тлумачиться як втрата або позбавлення можливості повноцінно задовольняти потреби в адекватному спілкуванні з соціальним середовищем [103, с. 33].

Дослідниця Ю. Севрюкова відзначає, що чим раніше виникла комунікативна депривація, тим важчі її наслідки. Наслідки комунікативної депривації можуть проявлятися на психологічному, соціальному і соматичному рівнях, а саме: порушення розвитку емоційно-вольової сфери в поєднанні з недорозвиненням мови і, зокрема, її експресивної сторони; порушення всіх форм комунікації; порушення соціальної адаптації; а також, «вторинні» невротичні розлади у вигляді тиків, заїкання, енурезу. У свою чергу усі ці прояви посилюють соціальну дезадаптованість депривованої дитини [104, с. 3593].

Ще одним із видів депривації, який виникає у дітей в умовах госпіталізму, які перебувають на лікуванні та відірвані від спілкування з матір'ю чи особою, яка її заміняє, є рухова депривація. Діти, які унаслідок захворювання протягом довгого часу не можуть рухатися, часто страждають депресією, підвищеною збудливістю та агресивністю. Вимушене обмеження рухів завжди негативно позначається на здоров'ї дитини, а наслідки рухової депривації гальмують психічний розвиток дитини з порушеннями опорно-рухового апарату [26, с. 207].

Слід наголосити, що нажаль, не зважаючи на достатню кількість досліджень щодо розвитку і виховання дітей в депривованих умовах, практично відсутні напрацювання щодо проблеми виникнення та попередження синдрому госпіталізму саме у дітей раннього віку з ДЦП.

У роботах Н. Дмитріюк фрагментарно вказані причини виникнення синдрому госпіталізму в дітей з ДЦП, до яких дослідниця відносить такі: розлука з матір'ю, з родиною; дефекти фізичного і психічного розвитку; неблагополучна обстановка в сім'ї (емоційна глухота, зайнятість батьків, байдужість, завищені і занижені вимоги до дитини); проживання в дитячому будинку [33, с. 130].

Дослідниця Д. Гошовська уточнює, що психічний розвиток дітей з ДЦП неминуче страждає, якщо дитина не виходить за межі кімнати вдома або палати у лікарні, якщо її рухи обмежені або дитина не має достатньої кількості іграшок і контактів з однолітками. Обмежену рухливість, стан рухового обмеження організм дитини підсвідомо намагається подолати патологічними звичними

діями – смоктанням пальців, обкушуванням нігтів, накручуванням волосся тощо [26, с. 207].

Отже, проведений теоретичний аналіз поняття синдром «госпіталізм», причин виникнення синдрому госпіталізму у дітей та його наслідків для розвитку дитини вимагають подальшої розробки системи профілактичних заходів щодо попередження даного синдрому у дітей зазначеної категорії .

1.2 Формування синдрому госпіталізму у дітей, механізми розвитку та особливості його перебігу.

Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми дослідження синдрому госпіталізму у дітей змусив більш детально дослідити механізми формування і розвитку даного синдрому у дітей та визначити особливості його перебігу у дітей.

Розглянемо механізм формування синдрому госпіталізму в дітей раннього віку, що виникає внаслідок тимчасового розлучення з матір'ю під час лікування, чи позбавлення батьківського піклування і влаштування до інтернату.

Насамперед, звернемося до ґрунтовних думок вченого Дж. Боулбі, який описав механізм формування прихильності дитини до матері. Надаючи великого значення формуванню прихильності між дитиною раннього віку та матір'ю, чи особою, яка її замінює, Дж. Боулбі вважав, що для формування подібного зв'язку у дітей повинні сформуватися прив'язуючі моделі поведінки (attachment behaviors), – жести і сигнали, які забезпечують і підтримують їх близькість до опікунів [10, с. 182]. Серед прив'язуючих моделей поведінки Дж. Боулбі виділяв: плач, посмішку, лепетання, чіпляння, смоктання, наслідування. Ці прив'язуючі моделі поведінки проявляються у дітей на різних вікових етапах, які в свою чергу

відповідають формуванню прихильності до опікунів у малюків. На основі проаналізованого матеріалу Дж. Боулбі [9] виділив чотири фази прихильності, які спостерігаються в поведінці на найбільш ранньому етапі розвитку дітей. Кожна фаза відрізняється своєю унікальністю, вони поступово змінюють одна одну, і кожна наступна фаза розширює і доповнює набір дій дитини, сформованість у неї прив'язуючих моделей поведінки (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Фази формування прихильності дитини до матері (за Дж. Боулбі)

Фаза	Її характеристика
1. Перша фаза починається з моменту народження і триває до трьох місяців	Характеризується нерозбірливою реакцією на людей одними і тими ж базовими способами. Основні прив'язуючі дії – плач, так зване, гуління, посмішка, контакт очей
2. Друга фаза, що триває від трьох до шести місяців	Характеризується більш вибірковим соціальним реагуванням, що виражається, наприклад, у тому що гуління спостерігається частіше в присутності знайомих людей, плач набагато швидше заспокоює, бажана фігура, найчастіше материнська. Характерною прив'язуючою дією цього періоду є чіпляння, яке виражається в бажанні тягнутися і хапатися за різні частини тіла об'єкта прихильності
3. Третя фаза триває в період від півроку до трьох років	Характеризується як інтенсивна прихильність і активний пошук близькості. Плач стає найбільш цілеспрямованим, найчастіше адресованим безпосередньо до матері в різноманітних ситуаціях. Наприклад, коли мати залишає кімнату, малюк може голосно заплакати, демонструючи тривогу, і припинити плач відразу ж після її повернення, видаючи при цьому радісні звуки. У даний період діти навчаються самостійно пересуватися, що надає їм змогу активно слідувати за об'єктом прихильності. До закінчення першого року життя в дитини формується загальна модель об'єкта прихильності, яка визначає характер взаємин у діаді «мати – дитя», тобто у дитини на основі повсякденних інтеракцій складається загальне уявлення про доступність і чуйність матері, формується базальна довіра до світу, закріплюється уявлення про матір як про джерело безпеки і турботи

Продовження табл 1.1

4. Четверта, завершальна стадія, триває з трьох років до закінчення дитинства	Характеризується партнерськими відносинами між дитиною і тією людиною, з якою сформувалася прихильність (матір'ю або особою, яка її замінює). Тобто навіть якщо дитина була позбавлена можливості безпосереднього контакту з матір'ю, але був опікун, який повноцінно її заміняв, то прихильність вважається сприятливо сформованою. Формування того чи іншого типу прихильності (надійного (безпечного), уникаючого чи тривожно-агресивного) в стосунках пари «мати – дитя» впливає на все подальше життя дитини відповідно до того, що в умовах різних типів прихильності по-різному формується психіка. Різні види прихильності істотно впливають на розвиток дитини, на формування її взаємин зі світом і людьми, сформований тип прихильності між дитиною і батьками (або особою, яка їх заміняє) зберігається протягом усього життя, незначно зазнаючи зміни

Порушення процесу встановлення емоційного зв'язку прихильності, яке може відбуватися на різних фазах, загрожує розладами особистості, відсутністю встановлення міцного довірливого зв'язку із дорослим, емоційними та мотиваційно-вольовими проблемами в розвитку навіть здорової дитини, а для дитини із психофізичними порушеннями стає вкрай обтяжливою ситуацією.

Досліджуючи вплив травм (розлуки з матір'ю) на формування прихильності та на загальний розвиток дітей, Т. Каллаган, Дж. Скулер, Б. Смолі вказують на те, що «формування прихильності є першою та ключовою дією, потрібною для нашого загального розвитку та виживання… Вона є підґрунтям для неврологічного, емоційного, поведінкового, розумового, соціального та фізичного благополуччя. Хронічна відсутність материнської турботи і батьківського піклування в ранні роки життя дитини порушує формування прихильності та негативно впливає на здатність немовляти будувати в подальшому власне життя» [106, с. 63]. Дослідники наголошують, що перенесені в ранньому дитинстві травми впливають у подальшому на стиль спілкування та реакції дитини на інших людей, спосіб переживання нею власних емоцій,

виявлення функцій регуляції та адаптації, виявлення та піклування про власні потреби, особливості проходження різних стадій розвитку та самосприйняття.

За твердженням М. Такмакової, умови в дитячих будинках, зазвичай, несприятливі для формування близьких людських зв'язків. Найчастіше про малюків дбають кілька нянь, які часто змінюють одна одну, і дитина не встигає встановити досить глибокі довірливі зв'язки. Персонал будинків дитини задовольняє фізичні потреби дітей, але, при цьому, мало часу приділяє на безпосереднє спілкування з ними. Часто поруч немає нікого, хто міг би відгукнутися на плач малюків, посміхнутися їм у відповідь, поговорити з ними, коли вони белькочуть, або взяти їх на руки, коли вони цього хочуть. Тому малюкові важко встановити міцний зв'язок з якоюсь однією людиною, оскільки він зіткнувся з досвідом розлучення з близькими опікунами [108, с. 154].

В сучасних умовах, особливо, важко сформувати позитивне емоційне ставлення у медичних сестер і працівників лікувальної чи освітньої установи до таких дітей. У першу чергу, це пояснюється великою кількістю дітей, які потребують догляду, а також тим, що медичні сестри, нянечки, інші працівники чергуються по змінам і розвиток відносин між дитиною і дорослим втрачає природний, плавний, поступовий характер. А, як тільки дитина через тривалий час звикне до певних медичних сестер або працівників закладу, вона переходить до іншої медичної установи, наприклад, з будинку дитини до тижневих ясел, звідти в дитячий садок, і далі до інтернату, і вона буває фрустрована розлукою зі своєю «мамою» з попередньої установи, з якою встановила емоційний зв'язок прив'язаності [113].

Спостереження Дж. Боулбі засвідчили, що навіть шестимісячний малюк, якщо довго не бачить матір, починає плакати, шукати її очима або вимагати когось іншого, хто б її замінив. Другий місяць розлуки з матір'ю характеризується появою реакції уникнення: якщо хтось із дорослих наближається, дитина починає кричати. Паралельно в таких дітей спостерігається втрата ваги, відставання в розвитку. Третій місяць без батьків – дитина стає апатичною та байдужою;

налагодити контакт з такою дитиною дуже важко, а іноді навіть неможливо, тому такий стан може зумовити тяжку психічну хворобу [10].

Страждання дитини в умовах материнської депривації Дж. Боулбі пояснює розвитком реакції дезадаптації в результаті активізації поведінки прихильності і відсутності джерел її задоволення (припинення контактів дитини з матір'ю) [9]. Механізми реакції дезадаптації глибокі, тому вона має консервативний характер: при поновленні гарного догляду за дитиною вона не проявляє інтересу, тривожиться, впадає у відчай – відчужується, у неї порушуються апетит, сон, легко розвиваються психічні та соматичні розлади. Депривaційні умови життєдіяльності є екстремальними для дитини, оскільки її психофізіологічна організація не готова до них. В умовах, збіднених виховним і соціальним впливами, порушується механізм регулярного психічного розвитку, що обумовлює його правильність і сталість. Механізм набуває іррегулярного характеру, і під загрозою опиняються процеси організації, контролю результативності та коригування психічної діяльності. Як наслідок – відбувається порушення цілісності, спрямованості, організованості поведінки дитини [135, с. 39].

Схожі результати досліджень описані в роботі Р. Шпіца [132], який під час роботи в яслах і дитячих будинках встановив, що в дітей, які у віці після шести-восьми місяців на довгий час були розлучені з матір'ю й, при цьому, не отримали можливості побудувати об'єктні відносини з іншою особою, яка замінює матір (не сформувались відносини прив'язаності), розвивається специфічний синдром госпіталізму. Послідовність його виникнення Р. Шпітц описує так: у перший місяць дитина стає плаксивою, примхливою, вона чіпляється за будь-яку сторонню людину, з якою їй вдається встановити контакт. На другому місяці плач переходить у крик; дитина втрачає масу, коефіцієнт розвитку не зростає. На третьому місяці діти починають відмовлятися від контакту. Стає все більше вираженим відставання в розвитку. Між третім і п'ятим місяцем є перехідний період, в якому всі симптоми закріплюються. Р. Шпіц назвав цю картину

захворювання «анакліктичною депресією» [132]. Якщо в цей проміжок часу, тобто не пізніше кінця п’ятого місяця з моменту сепарації, мати повертається, то дитина одужує. Однак, якщо ж розлука триває більше від п’яти місяців, картина захворювання переходить у стан, який Р. Шпіц назвав госпіталізмом. Діти виявляють ознаки тяжкого розпаду (маразму) з високим рівнем смертності. Вони стають абсолютно недоступними для контакту, навіть у разі повернення матері. Вони стають абсолютно пасивними, не досягають стадії управління моторикою. Коефіцієнт розвитку падає до найнижчого рівня. Явище госпіталізму, як правило, виникає тоді, коли на першому році життя дитина більше від п’яти місяців позбавлена об’єктних відносин [62, с. 367–368].

За твердженням сучасної дослідниці Т. Дорофєєвої, ознаки госпіталізму проявляються після того, як дитина з якоїсь причини втрачає контакт з матір’ю. Спочатку дитина демонструє яскравий емоційний протест, потім вона перестає протестувати і ніби погоджується з тим, що нині умови її життя такі, які є. Переживання дитини залишаються всередині неї, вона дуже хвилюється і ще довго підсвідомо сподівається побачити матір або тих, кого вона знала. Цей різноманітний спектр емоцій від злості до цілковитої ненависті до всіх і постійної тривоги заважає на перших порах будувати контакт з дитиною, потрібен час, щоб вона заспокоїлась [37]. Складні прояви госпіталізму, на думку Т. Дорофєєвої, співвідносяться з бажанням дитини повернутися в найбільш раннє дитинство, що досягається шляхом повторення монотонних стереотипних рухів. Це, найчастіше, розгойдування з боку в бік або вперед-назад всім тілом або хитання головою, імітація рухів, коли людина крутить головою. Діти з синдромом госпіталізму часто смокчуть простирадла, речі, кутики сорочок, сукні, хустки, улюблені іграшки – через рот дитина отримує максимальну кількість приємних вражень. Це теж своєрідне повернення в раннє дитинство, коли дитина пізнавала світ і отримувала максимальну кількість емоцій через рот (оральна стадія розвитку за З. Фрейдом). Залишковими явищами застрягання на тій ранній стадії розвитку можуть бути звичка гризти олівці і ручки, смоктати

льодяники у трохи старшому віці. Діти роблять це не спеціально і не усвідомлено. Вони ніби впадають у транс і роблять це несвідомо. Наявність таких рухів не пов'язане безпосередньо зі зниженням інтелекту. Це можуть робити дуже розумні діти, оскільки вони теж переживають [37].

Описуючи найбільш типові поведінкові реакції дітей, які перебувають на різних етапах формування явища госпіталізму внаслідок втрати емоційного зв'язку із матір'ю чи особою, яка її замінює, Дж. Райкус та Р. Хьюз виокремлюють п'ять етапів.

1. На першому етапі, умовно названому «шок», дитина може здаватися податливою, спокійною, проте перебувати у стані емоційного шоку. Для немовлят характерні фізичні симптоми у вигляді інфекційних захворювань дихальних шляхів, розладу системи травлення, порушення сну, режиму харчування тощо.

2. Другий етап характеризується демонструванням гніву або протесту з боку дітей залежно від їх віку та рівня розвитку. Вони можуть виявляти незговірливість і підвищену чутливість; проявляти свої емоції через спалахи гніву, істерики, звинувачувати оточення у власних проблемах, застосовувати вербальну чи фізичну агресію (кричати, верещати, битися, кусатися). Немовлята і діти дошкільного віку на цьому етапі мають виразні фізичні симптоми та емоційні спалахи. Молодші школярі, які перебувають у ситуації розлуки із близькими і рідними людьми з різних причин, відмовляються розмовляти, їсти чи спати.

3. Третій етап, умовно названий «торг», має характерні ознаки переживання втрати за допомогою намагання «домовитися» із кимось, щоб вирішити ситуацію. Найбільш виразно така поведінка виявляється в дітей молодшого шкільного та старшого віку, які вже мають розвинені когнітивні та соціальні навички. Вони здатні розуміти причинно-наслідкові зв'язки та передбачати, що своїми діями можуть змінити життєві обставини [96, с. 56]. Типовою поведінкою на цьому етапі Дж. Райкус та Р. Хьюз розглядають те, що за умови стійкої думки

дитини, що її вилучили із біологічної сім'ї через погану поведінку за столом і відмову їсти, то вона намагатиметься з'їдати все, що перед нею поставлять. Якщо дитина вважає, що її «віддали до інтернату» через неслухняну поведінку, буде слухатися дорослих і всіляко їм догоджати. Таким чином, дитина намагатиметься виправити свої попередні помилки, сподіваючись, що за це її повернуть до рідних батьків. На жаль, така стратегія не вирішує проблем дитини, і вона переходить до наступного етапу переживання розриву із матір'ю або особою, яка її замінює.

4. Етап четвертий – депресія, на цьому етапі діти «втрачають надію та усвідомлюють втрату. Поведінкові ознаки депресії включають в себе соціальну та емоційну відчуженість та небажання йти на контакт з оточуючими» [96, с. 56]. Немовлята, діти дошкільного та молодшого шкільного віку можуть горнутися до дорослих, проте їхня поведінка буде вирізнятися амбівалентністю, відстороненістю, відчуженням. Іноді вони будуть намагатися уникати контактів з дорослими. На думку Дж. Райкус та Р. Хьюз, для дітей на цьому етапі характерне почуття тривоги, основним проявом якого є надмірна лякливість, схильність впадати в паніку, загальне апатичне ставлення до всього, що відбувається навколо. «У дітей грудного віку може спостерігатися загальний емоційний дистрес. Вони часто плачуть, розгойдуються з боку в бік, не виявляють зацікавленості до їжі, багато сплять, страждають на розлад травлення. У дошкільному та шкільному віці в дітей можуть спостерігатися регресивні поведінкові реакції, такі як смоктання пальців, мимовільне випорожнення та сечовипускання, сюсюкання. У підлітків трапляються такі ж прояви депресії, як і в дорослих: розлад сну та харчування, поганий настрій, нездатність концентруватися, почуття марності і безнадії» [96, с. 57].

5. П'ятий етап – вирішення. Переживання втрати – адаптивний процес, який обмежений у часі. Дж. Райкус та Р. Хьюз вказують, що поступово депресія у дітей, позбавлених материнської турботи і піклування, відступає та на її місце приходить конструктивне намагання повернутися до нормального соціального

життя і відновити соціальну рівновагу. Розуміючи, що повернення до біологічної родини неможливе, діти починають формувати прихильність до членів нової родини та намагаються знайти своє місце в цій сімейній структурі [96, с. 56–57].

За ствердженням Дж. Райкус, Р. Хьюз, «розлучення з дорослими, яким діти звикли довіряти, особливо з батьками, позбавляє дітей можливості застосування знайомих їм засобів подолання стресових ситуацій. Діти не володіють розвинутими внутрішніми навичками вирішення проблем, тому, потрапляючи в стресову ситуацію, вони переживають тривогу та депресію» [96, с. 58].

Завдяки дослідженням Дж. Боулбі і Дж. Робертсона в 1952 р. були визначені такі етапи ефекту розлучення та формування синдрому госпіталізму в дітей:

– протест – триває від декількох годин до тижня або більше. У цей період малюк стражадає через розлуку з матір'ю і прагне повернути її голосним плачем, може трясти своє ліжечко, кидатися з боку в бік. При цьому може не реагувати на всіх, хто доглядає за нею;

– відчай – дитина затихає, занурюється у себе, стає пасивною, й, очевидно, знаходиться в стані глибокої печалі;

– відчуженість – дитина стає більш жвавою і може прийняти турботу медсестер та інших людей, вступає в спілкування з оточенням. При цьому, коли мати повертається, дитина не хоче її визнавати: вона відвертається з байдужим виглядом і, здається, що втратила до неї будь-який інтерес [108, с. 154].

К. Педь [80] уточнює, що госпіталізм у дітей, які змушені тривалий час перебувати на лікуванні без присутності матері, формується, як правило, у період між 6–11 місяцями та до 2-х років. Дослідниця називає три стадії формування синдрому госпіталізму в дітей:

1. Перша стадія прояву госпіталізму характеризується яскраво вираженим протестом: криком, агресивними спробами вирватися з несприятливої ситуації. Але через кілька годин, можливо, днів, дитина заспокоюється, вона ніби втрачає надію в результативність своїх зусиль. У цей період може виникнути

аутоеротична активність (ссання пальця, мастурбація, розгойдування тіла), що є виявом намагань самої дитини розширити поле сенсорної стимуляції без допомоги дорослого. Поступово дитячий плач стає монотонним, а то й зовсім припиняється, погляд набуває меланхолічного виразу.

2. На другій стадії діти ніби «завмирають». Вони годинами можуть лежати з широко відкритими очима, сфокусованими в одному напрямку. Спілкування з таким дітьми поступово ускладнюється, а то й зовсім стає неможливим. Розвиток поступово затримується, дитина втрачає вагу, сон стає нестійким, знижується опір організму захворюванням. Далі порушується життєдіяльність основних життєвих систем – травлення, дихання, функціонування шкіряних покривів та основних органів, що робить їх вразливими до інфекцій. Якщо вчасно їй не допомогти, то процес стає незворотним, що в крайніх випадках закінчується смертю.

3. Якщо дитині вдалося вижити, то на третій стадії починається процес відтворення стосунків з оточенням. Але дитина вже «психологічно відмовилася» від материнської любові. І в цей момент вона може відреагувати на повернення матері байдужістю [80, с. 142].

Схожу класифікацію стадій і механізмів формування госпіталізму знаходимо і в працях вітчизняних дослідників. Зокрема, Г. Бевз, приділяючи увагу вивченню механізмів виникнення госпіталізму, виділяє три його стадії у дітей, залишених без батьківського піклування:

1. Перша стадія характеризується яскраво вираженим протестом: криком, агресивними спробами вирватися з несприятливої ситуації.

2. Друга – заспокоєнням, проте в цей період у дітей виникає аутоеротична активність, яка є проявом намагань самої дитини розширити поле сенсорної стимуляції без допомоги дорослого (смоктання пальця, мастурбація, розгойдування тіла). У цей період уповільнюється розвиток дитини, вона втрачає вагу, сон стає нестійким, знижується опір організму до захворювань.

3. На третій стадії починається «відновлюючий процес життєво важливих

функцій», проте «фізичне виживання може супроводжуватись «емоційною смертю» [3, с. 16].

Більшість дітей відновлюють свій зв'язок із матір'ю через певний час, якщо вона повернулася, але якщо розлучення було тривалим, і дитина позбулася інших опікунів (наприклад, медичних сестер), вона може втратити довіру до всіх людей. Результатом у цьому випадку також стає «особистість, позбавлена любові» (Дж. Боулбі). Така дитина буде більше зосереджуватися на собі і замість того, щоб спрямовати свої бажання і почуття на інших людей, частіше стане прагнути до конкретних благ: отримання солодощів, іграшок або їжі.

Литовський психолог Г. Хоментаускас вивчав поведінку дітей в умовах довготривалої відмежованості від сім'ї. Вчений досліджував можливі засоби подолання дитиною ситуації, що склалася, шляхом внутрішньої перебудови. Більш дорослі діти, якщо залишилися без батьків, намагаються пристосуватися до нових умов, їх розвиток відбувається за так званим невротичним типом, коли на перший план виступають різноманітні захисні механізми. Ці діти немов забувають матір, а то й ставляться до неї негативно. Подолання такої критичної ситуації, як розлука з близькою людиною, у таких дітей може відбуватися двома шляхами:

1) дитина може сприйняти відлучення від родини як покарання за те, що вона найгірша. У такому випадку вона втрачає впевненість у собі, самоповагу, постійно відчуває провину, і це стає основною характеристикою її особистості;

2) дитина починає звинувачувати в ситуації, яка склалася, батьків. Внутрішній стан такої дитини – суміш образи, злості та любові до батьків, що веде до суб'єктивного розриву з сім'єю [121, с. 84].

Недостатність уваги з боку батьків або виховання дітей у дитячих будинках провокує зниження емоційного реагування і, як наслідок, неготовність формувати відносини психологічної близькості з іншими, страх інтимності, що приймає форму «синдрому емоційного холоду» [108, с. 155]. Усе це формує невротичні риси дитини, провокує розвиток особистості по деструктивному типу, схильність до неврозів і психопатії в дорослому віці.

Розглянемо основні прояви синдрому госпіталізму у дітей та його наслідки для розвитку інтелектуальної, емоційно-вольової та соціально-комунікативної сфери Л. Петранівська розглядає госпіталізм як комплекс симптомів, що виявляється в дитини, яку полишили батьки. За її ствердженням, дитина стає замкнутою, тихою, в'ялою, погано їсть, не спить, втрачає здатність до супротиву інфекціям та може померти навіть від нетяжкої хвороби. Л. Петранівська довела, що діти, які ростуть без батьківського піклування, на відміну від домашніх дітей, відстають у фізичному та інтелектуальному розвитку, не виявляють допитливості, не люблять засвоювати нові навички, легко піддаються істеричному настрою, паніці, відчаю [81, с. 18]. Дослідниця описує такі симптоми госпіталізму в дітей, розлучених із сім'єю: енурез через відчуття постійної тривоги та бажання привернути до себе увагу; голосний крик, влаштування істерик; надмірна прихильність і неприродна ласкавість до незнайомих жінок; смоктання пальців; розгойдування з боку в бік як заміна материнському колисанню та інше [81, с. 21].

Дослідниці Т. Бондаренко [6; 7] та Ю. Удовенко [112] вказують на такі характерні ознаки госпіталізму:

- затримка моторного розвитку (перш за все в освоєнні ходіння),
- різке відставання в мовленнєвому розвитку,
- емоційний голод,
- схильність до нав'язливих рухів (розхитування тіла) [7; 112].

За даними А. Машкаринець-Бутко [67], загальні ознаки госпіталізму в дитячому віці – втрата у вазі, млявість, апатичність, підвищена сонливість, м'язовий гіпотонус, уникнення контактів з оточенням (відсутність зорового спостереження, поворотів «на голос», «гуління» у відповідь на ласку дорослого), слабкий плач тощо. Дослідниця відзначає, що у дитячому віці госпіталізм негативно впливає на всі сфери особистості, що формується, гальмуючи її інтелектуальний і емоційний розвиток, спотворюючи «Я-концепцію», руйнуючи фізичне благополуччя тощо. У крайніх формах може призвести до серйозних

душевних захворювань (дитячі маразми та ін.), хронічного інфікування, іноді до смерті [67, с. 116–117].

За даними Н. Дмитріюк, характерними проявами госпіталізму в дітей, які були змушені довгий час знаходитися на лікуванні без матері, є тривожність, страх, затримка мовлення, інтелектуальні розлади. Істотною є саме психологічна сторона цих наслідків: обмеженість моторики дитини, відлученість її від соціуму, позбавленість з раннього дитинства материнської любові. Депривація в спілкуванні з матір'ю викликає в дитини не тільки порушення в розвитку, невротичні й афективні розлади, відчуття страху, агресивність, а й породжує недовіру до інших людей. Результатом депривації потреби дитини в батьківській любові стає відсутність у неї почуття впевненості в собі, яке виникає на ранніх стадіях розвитку, а згодом стає стійкою характеристикою особистості. Внаслідок впливу госпіталізму в дитини спостерігається невміння вступати у значущі стосунки з іншими людьми, невпевненість у собі, інтелектуальне відставання, млявість емоційних реакцій [33, с. 130].

За свідченням С. Курінної, діти, які втратили постійний контакт з батьками, мають затримки в розвитку, вони схильні до соціальних депривацій, психічної анемії, затримуються у фізичному, інтелектуальному та психічному розвитку (параутизм, зростання пасивності, труднощі в спілкуванні) [55, с. 10].

Підтвердження вищевказаної думки знаходимо у праці І. Дубровіної, А. Рузської, які вважають, що госпіталізм викликає порушення розвитку, невротичні й афективні розлади, породжує у дитини страх, агресивність, недовіру до інших людей. Узагальнений портрет дитини, яка з народження опинилась в умовах госпіталізму, характеризується такими показниками: інтелектуальне відставання; невміння вступати в значимі відносини з іншими людьми; млявість емоційних реакцій або агресивність; невпевненість у собі [38].

Узагальнюючим, на нашу думку, є погляд Н. Каут, яка відзначає, що «синдром госпіталізму» полягає в тому, що в дитини, яка в перші роки життя була позбавлена можливості спілкування з матір'ю чи особою, яка її заміняє,

спостерігаються значні відхилення в темпах фізичного, розумового та емоційного розвитку, спостерігаються поведінкові порушення та труднощі соціально-психологічної адаптації [45, с. 47].

У дітей із проявами синдрому госпіталізму, за свідченням Г. Пілягіної, істотно порушується ритм сну і бадьорості, значно зменшується маса тіла, іноді розвивається виражена аліментарна дистрофія. Постійний сумно-покірний, страждений вираз обличчя свідчить про депресивну безпорадність. Характерні одноманітні та ритмічні рухи розгойдування головою і всім тілом. У таких випадках у дітей можуть різко почастішати інфекційні захворювання з тяжким перебігом, що разом із виснаженням і за відсутності медичної допомоги може призвести до летального результату. На думку Г. Пілягіної, важкий перебіг анаклітичної депресії в дітей раннього віку в переважній більшості випадків викликаний психічною депривацією при відданні дитини до дитячого будинку або при відсутності турботи про неї в родині («синдром дитини з дитячого будинку», деприваційний синдром) [84, с. 65–66].

Розглядаючи причини виникнення синдрому госпіталізму, механізми його формування і перебігу у дітей раннього віку, відзначимо складність діагностики та вирізнення симптомів у дітей із психофізичними порушеннями. У науковому просторі недостатньо досліджень, які б розглядали проблему з соціально-педагогічних, клініко-психологічних, превентивних аспектів, виділяли підходи до профілактики синдрому госпіталізму у дітей з психофізичними порушеннями, попередження його негативного впливу на розвиток інтелектуальної, емоційно-вольової, соціально-комунікативної сфер особистості хворих дітей.

При цьому, як засвідчують науковці (І. Левченко, О. Приходько та ін.), диференціальна діагностика заснована на факті наявності психічної депривації (синдрому госпіталізму). За неможливості його встановлення (у неблагополучних сім’ях), ускладнюється розрізнення синдрому з іншими емоційно-інтелектуальними розладами. Визначення діагнозу займає тривалий

час, вимагає оцінки темпів розвитку, динамічного спостереження за дітьми, в яких може сформуватися синдром госпіталізму [58; 87].

Після встановлених симптомів госпіталізму в дітей раннього віку психолог у ході превентивно-розвивальної роботи в межах психолого-педагогічного супроводу формує в дитини з особливими освітніми потребами навички взаємодії з дітьми та дорослими, розвиває комунікативні навички, проводить роботу з профілактики та корекції дезадаптованої поведінки, з корекції порушень в розвитку пізнавальної сфери. Однак, усі ці заходи обов'язково погоджуються з усією командою спеціалістів та повинні бути спрямовані на рішення найбільш важливих завдань на певний період [76, с. 250].

Отже, на основі теоретичного аналізу напрацювань фахівців у сфері спеціальної та практичної психології, психіатрії, психофізіології, спеціальної освіти ми сформували власне бачення досліджуваного терміну. У нашому дослідженні синдром госпіталізму будемо розглядати як погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку. Залежно від того, чого позбавлена дитина і які потреби не задовольняються, у неї синдром госпіталізму буде включати симптоми материнської, сенсорної, комунікативної, емоційної, соціальної депривації. В умовах госпіталізму усі види депривації існують в складному поєднанні, і часто дитина, яка позбавлена з раннього віку материнської турботи, любові і тепла, може страждати від них послідовно або одночасно.

Особливо, синдром госпіталізму помітний у дітй-сиріт, позбавлених батьківського піклування, які проживають у будинках дитини та інтернатах; у дітей, які за станом здоров'я тривалий час перебувають у медичних закладах без присутності батьків чи осіб, які їх заміняють. Госпіталізм може мати приховану форму вияву, коли дитина виховується в сім'ї, але не отримує належної турботи і догляду, втрачений емоційний зв'язок із матір'ю, не налагоджені стосунки

прив’язаності в діаді «мати – дитя», а потреби дитини з різних причин не задовольняються.

Механізми виникнення госпіталізму пов’язані із теорією об’єктних відносин та емоційним зв’язком між матір’ю та дитиною, який має бути сформований у ранньому віці. За неможливості встановлення прихильності (прив’язаності) дитина втрачає відчуття безпеки і довіри до світу. Потрапляючи в ситуацію розлуки з матір’ю або особою, яка її замінює, втрачаючи зв’язок із сім’єю (у випадку влаштування до дитячого будинку), дитина переживає ряд послідовних етапів, які характеризуються спочатку бурхливим протестом, проявами гніву, потім змінюються на відчай, стан глибокого розпачу і депресії, і поступово завершуються у вигляді відчуженості та байдужості дитини. Найбільш небезпечний є розрив з матір’ю, який триває більше п’яти місяців. Якщо за цей час дитина не встановила об’єктних відносин з іншим дорослим, її розвиток відбувається за невротичним шляхом, а особистісне становлення спотворюється, набуваючи патохарактерологічних рис.

Діти із синдромом госпіталізму часто відстають в інтелектуальному та мовленнєвому розвитку, затримуються у фізичному та психічному становленні. Вони пасивні, мляві, апатичні, схильні до невротичних та афективних розладів, стереотипних рухів (розгойдування тіла, смикання волосся, обкушування нігтів, смоктання пальців тощо). Не вміють вступати у відносини з іншими людьми (не вміють гратися і спілкуватися), у взаємодії з дорослими лякливі, відчувають недовіру до оточення. Негативний вплив синдрому госпіталізму на психічний і фізичний розвиток дитини, на її сенсорну, емоційну, пізнавальну, мовленнєву сфери потребує підвищеної уваги цілої команди фахівців, які мають надавати різнобічну допомогу й підтримку, здійснювати корекційні та реабілітаційні заходи з дітьми для відновлення нормального перебігу розвитку, забезпечення необхідних умов для оптимального становлення особистості.

Розглядаючи проблему формування та розвитку синдрому госпіталізму в дітей, які вимушені залишитися без батьківського піклування, материнської

турботи і любові через перебування у лікарняних умовах чи влаштування їх до дитячих будинків, інтернатів, варто приділити увагу дітям з ДЦП, як особливій категорії вихованців, яким необхідні спеціальні освітні умови і які потребують психолого-педагогічної підтримки і супроводу, комплексної реабілітаційно-корекційної допомоги.

Отже, насамперед, розглянемо основні труднощі в розвитку дітей із ДЦП, акцентуємо увагу на характерні проблеми, пов'язані із даним порушенням та висвітлимо механізми формування і розвитку синдрому госпіталізму в дітей даної категорії.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – тяжке захворювання центральної нервової системи, що виникає в результаті недорозвинення або пошкодження мозку в ранньому онтогенезі. При цьому найбільш тяжко страждають «молоді» відділи мозку – великі півкулі, які регулюють довільні рухи, мову й інші коркові функції. Провідними в клінічній картині ДЦП є рухові порушення, які часто поєднуються з психічними та мовленнєвими розладами, порушенням функцій інших аналізаторних систем (зору, слуху, сенсорної чутливості), судомними синдромами (Л. Бадалян, О. Мастюкова, К. Семенова та ін.). ДЦП є непрогресуючим резидуальним захворюванням, при цьому з віком і внаслідок лікувально-корекційного впливу стан дитини, як правило, покращується (Л. Журба, М. Ейдінова, О. Мастюкова) [87, с. 14].

Дослідниця В. Левченкова підкреслює, що «ДЦП є поліетіологічним захворюванням. Однак, незалежно від першопричин, які діють у період внутрішньоутробного розвитку або в період новонародженості, порушується розвиток і формування головного мозку. Глибина дефекту розвитку головного мозку перебуває в прямій залежності від тяжкості шкідливого чинника і тривалості його дії [59, с. 22]. Знання (або хоча б припущення) характеру причин і основних типів викликаних ними порушень структури і функції нервової системи необхідне для розуміння патогенезу захворювання на різних етапах його перебігу, а значить і плану відновлювального лікування, яке може в певній мірі

компенсувати порушення діяльності головного мозку і центральної нервової системи (І. Левченко, О. Приходько) [87, с. 14–15].

Теоретичний аналіз ряду авторських досліджень соціально-медичної реабілітації дітей із церебральним паралічем (М. Іпполітова, Е. Каліжнюк, В. Козявкін, Є. Мастюкова, О. Приходько, К. Семенова, Л. Шіпіцин) дозволив визначити, що діти з ДЦП являють собою не однорідну групу. Серед них виділяються різні категорії, кожна з яких має свої проблеми, свої психофізіологічні можливості в розвитку і вимагає певного підходу, специфічних методик і технологій реабілітаційної роботи. Особливості та можливості цієї роботи залежать від типових ознак і проявів ДЦП [123, с. 11].

У дітей з церебральними паралічами порушується формування особистості (І. Левченко, І. Мамайчук, О. Мастюкова, О. Приходько, В. Синьов, Л. Шипіцина, О. Романенко та ін.). Нормальний інтелектуальний розвиток при цьому захворюванні часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Особистісна незрілість проявляється в наївності суджень, слабкій орієнтованості в побутових і практичних питаннях життя. У дітей легко формуються утриманські установки, нездатність до самостійної практичної діяльності. Труднощі соціальної адаптації сприяють розвитку таких рис особистості, як боязкість, сором’язливість, невміння відстоювати свої інтереси. Це поєднується з підвищеною чутливістю, уразливістю, вразливістю, замкнутістю [39, с. 134–135].

Ступінь тяжкості рухових порушень варіюється у великому діапазоні, де на одному полюсі знаходяться грубі рухові порушення, на іншому – мінімальні. Психічні й мовленнєві розлади, так само, як і рухові, мають різну ступінь вираженості, і також може спостерігатися низка різних сполучень. Наприклад, при грубих рухових порушеннях психічні розлади можуть бути відсутніми або бути мінімальними, і, навпаки, при легких рухових порушеннях спостерігаються грубі психічні й мовленнєві розлади [57].

Дослідниця О. Приходько уточнює, що рухові порушення в дітей з церебральним паралічем можуть мати різну ступінь вираженості. При важкому ступені дитина не опановує навичками ходьби і маніпулятивної діяльності. Вона не може самостійно обслуговувати себе. При середньому ступені рухових порушень діти можуть ходити, але роблять це невпевнено, часто за допомогою спеціальних пристосувань (милиць, канадських паличок тощо). Вони не в змозі самостійно пересуватися по місту, їздити на транспорті. Навички самообслуговування в них розвинені не в повному обсязі через порушення маніпулятивних функцій. При легкому ступені рухових порушень діти ходять самостійно, впевнено як у приміщенні, так і за його межами. Можуть самостійно їздити на міському транспорті. Вони повністю себе обслуговують, у них спостерігається досить розвинена маніпулятивна діяльність. Однак, у хворих можуть бути неправильні патологічні пози і положення, порушення ходи, недостатньо спритні й уповільнені рухи. У дітей із ДЦП знижена м’язова сила, наявні недоліки дрібної моторики [87, с. 16–17].

У дітей з ДЦП, крім реакції на усвідомлення власної неповноцінності, також, спостерігається рання соціальна депривація (ізоляція від однолітків у зв’язку з фізичним дефектом), а також неправильне виховання і своєрідне ставлення оточення до неповноцінної дитини (В. Ковальов). Фізичний недолік істотно впливає на соціальну позицію дитини, на її ставлення до навколишнього світу, наслідком чого є спотворення провідної діяльності і спілкування з оточенням [87, с. 31]. Ситуація життя дитини з ДЦП при відсутності спеціально створених умов несе в собі постійно зберігається протиріччя – між об’єктивною життєвою необхідністю здійснення «нормальних» видів діяльності, широких контактів і неможливістю їх реалізації» [58].

Дослідниця І. Левченко вказує, що «розвиток дітей з ДЦП характеризується якісною своєрідністю. Наявність хронічного інвалідизуючого захворювання викликає пильну увагу батьків до здоров’я дитини, приводить до

виховання, що обмежує активність, госпіталізму, зменшення соціальних контактів» [58, с. 36].

У той же час життя дітей, які страждають на ДЦП, наповнене безліччю лікувальних процедур і необхідності пристосовуватися до складних умов. Розглядаючи особливості розвитку дітей з ДЦП, варто звернути увагу на явище госпіталізму, яке часто виникає у зв'язку із тривалим лікуванням та перебуванням у закладах надання медичної допомоги, поміщенням у заклади для дітей-сиріт, позбавлених батьківського піклування. Як зазначають А. Гусейнова, І. Левченко, О. Приходько, дитина з церебральним паралічем з раннього віку потребує стаціонарного лікування. Наслідком цього є емоційна депривація, що виражається в порушенні специфічного спілкування дитини з матір'ю через те, що хвора дитина тривалий час перебуває в медичній установі, часто без матері. Разом із тим емоційні розлади дітей з ДЦП пов'язані з наявністю фізичного дефекту, вихованням за типом гіперопіки, ранньої соціальної та психічної депривації, госпіталізацією, іноді з множинними хірургічними втручаннями [58].

Проблеми в розвитку дітей із ДЦП також виникають внаслідок неадекватного реагування батьків на діагноз. За ствердженням Р. Рахманова, сам факт постановки діагнозу «дитячий параліч» викликає в батьків кризове реагування як на рівні окремих членів родини, так і сім'ї в цілому. При затримці психомоторного та мовленнєвого розвитку дитини з ДЦП батьки страждають на розвиток змішаних тривожних і депресивних розладів, невротичні та іпохондричні розлади, появу агресії; переживають відчуття тяжкого горя та втрати, розлади соціалізації у сім'ї. Дуже висока особистісна тривога батьків негативно впливає на розвиток дитини, викликає в неї невротичні розлади і може спровокувати нервові зриви, депресивні стани, а також психосоматичні захворювання [97, с. 47].

Крім того, дізнаючись про несприятливий прогноз захворювання, від дітей із ДЦП відмовляються матері, внаслідок чого вони потрапляють до будинків дитини, інтернатів, де змушені адаптуватися до відсутності сімейного затишку і

турботи, проживати своє життя, сповнене болю. Саме тому, одним із шляхів попередження відмови від хворих дітей та їх поміщення в дитячі будинки, інтернати має стати якісна психотерапевтична допомога матерям і батькам. Р. Рахманов зазначає, що сім'я повинна розглядатися як терапевтичний, стабілізуючий фактор, що допомагає дитині впоратися з хворобливими переживаннями на етапі лікування. Це обумовлює необхідність надання психотерапевтичної допомоги всій родині, а курси лікування тяжкохворої дитини мають супроводжуватися психологічною допомогою лікаря-психотерапевта для запобігання появи або прогресування психопатологічних розладів. Важливим пунктом у програмі реабілітації дітей з ДЦП є психологічна робота з їхніми батьками, метою якої є подолання стресових станів, тривожності та повноцінної сімейної реалізації [97, с. 47].

За даними Є. Черенкової, при ДЦП рухова недостатність із низкою супутніх чинників може призводити до формування патологічних властивостей особистості за дефіцитарним типом. На грубу органічну патологію неминуче нашаровується вплив соціальних факторів, які здійснюють психотравмуючий вплив. До них належать:

1) переживання недоброзичливого ставлення однолітків, надмірної уваги оточення;

2) явища госпіталізму, оскільки хворі діти часто перебувають в лікарнях і санаторіях тривалий період;

3) розлука з матір'ю або неповна сім'я (батьки в 25% випадків залишають сім'ї, де виховується дитина з ДЦП);

4) психічний травматизм у зв'язку з лікувальними процедурами (операціями) через невідповідність надії дитини на швидке одужання і необхідністю тривалої реабілітації;

5) труднощі в процесі навчання через паралічі, гіперкінези, просторові порушення;

6) сенсорна депривація при часто супутніх порушеннях зору, слуху;

7) неправильне виховання по типу гіперопіки (приводить до формування егоцентричності, розбещеності, сором'язливості, емоційної незрілості). У зв'язку з переживанням почуття неповноцінності в дитини виникають психогенні реакції, які в разі гіперкомпенсації формуються в двох напрямах: пасивно-оборонному і агресивно-захисному [126].

У дітей з ДЦП описаний дезадаптаційний синдром, основу якого становить синдром страху під час вступу дитини до лікарні, при розлученні її з матір'ю чи іншими людьми, з якими було встановлено тісний емоційний зв'язок (І. Левченко, О. Приходько, О. Мастюкова, К. Семенова та ін.).

При цьому однією із складних психологічних проблем, які супроводжують життя дітей раннього віку із ДЦП, стає синдром госпіталізму, який виникає у них у зв'язку з тривалою розлукою з матір'ю через перебування на лікуванні, проживання в дитячих установах. У випадку з дітьми з ДЦП госпіталізм ускладнюється ще й проблемами зі здоров'ям цих вихованців, труднощами пересування, що викликають обмеженість рухової активності дитини, супутньо призводячи тим самим і до рухової депривації.

Явище сирітства та втрата дітьми батьківської опіки розглядаються багатьма вченими як багаторівневий фактор ризику виникнення детермінант психопатологічного розвитку особистості дитини, що є найбільш травмуючим для дитини в цей період її розвитку (О. Антонова-Турченко, Л. Волинець, А. Капська, Н. Комарова, А. Машкаринець-Бутко та ін.).

Вчені Л. Волинець, А. Капська, Н. Комарова звертають увагу на специфіку соціального статусу таких дітей. У них майже завжди спостерігаються патологічні відхилення в стані здоров'я, пов'язані з інтоксикацією в організмі матері, родовою травмою, нейроінфекцією в дитячому віці. Майже всі вони страждали на невротизацію чи невроз, породжені психотравмами внаслідок сімейних негараздів чи втрати батьків [17, с. 37–38].

За даними О. Антонової-Турченко, Л. Волинець, Н. Комарової, більшість таких дітей мають діагноз: затримка психічного розвитку (ЗПР), загальна

недорозвинутість мови (від 35 до 60% у ранньому дитинстві), та інші відхилення [18, с. 60]. Як відомо, умови життя дітей з функціональними обмеженнями, особливості їх розвитку і соціалізації суттєво відрізняються залежно від того, де перебуває дитина – в сім'ї чи інтернатному закладі.

Аналізуючи практичні дослідження, присвячені проблемі госпіталізму як крайнього прояву депривації в дітей раннього віку (Й. Лангмейер і З. Матейчек [56], А. Прихожан і Н. Толстих [88; 89] та ін.), можемо зробити висновки, що практично в усіх роботах вказується на негативний вплив умов психічної депривації для повноцінного психічного розвитку дитини. Проведені порівняльні дослідження розвитку дітей з сімей і дітей, позбавлених батьківського піклування, майже завжди підтверджують нижчий рівень інтелектуального, емоційного, мовленнєвого розвитку; констатують порушення формування особистості, характеру в дітей із дитячих закритих установ. Діти з ДЦП, котрі виховуються в установах закритого типу з моменту свого народження, піддаються більш значного впливу «депривaційного порушення».

Водночас, слід зазначити, що невелика кількість дітей, які виховуються в установах, поза сім'єю з раннього віку і протягом тривалого часу, залишаються в межах свого психічного розвитку якщо не повністю, то досить збережено, тобто на них майже не впливає факт розлуки з батьками. За даними Й. Лангмейера, З. Матейчека, «той факт, що в дітей, які виростають в тотожних депривaційних умовах, також встановлюються різні форми депривaційних наслідків, вказує, безсумнівно, на те, що слід серйозно враховувати індивідуальні фактори, що вносяться самою дитиною в депривaційну ситуацію (властивості конституції, стать, вік, можливо патологічні ознаки і ін.)» [56, с. 107–108].

Розглянемо особливості перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП. Госпіталізм формується у дітей із ДЦП при впливі значних емоційних переживань, що на думку В. Гарбузова, Ю. Фесенко можуть стати безпосередньою причиною неврозу в ранньому віці, проявів астенії, яка виникає не тільки внаслідок відмови матері від дитини, а й у результаті тривалої емоційно

виснажливої боротьби за недосяжні для даної дитини цілі, за реалізацію свого рівня домагань і самооцінки [115, с. 107].

У дітей з ДЦП на початковому етапі виникнення госпіталізму спостерігаютьсятакі фізіологічні та психологічні симптоми, що вказують на наявність у них невротичних переживань (за даними Д. Мєдвєдєва);

1) фізіологічні симптоми: порушення сну (безсоння, переривчастий сон, можуть бути нічні кошмари); порушення апетиту (зниження апетиту або блювотні симптоми); головні болі, запаморочення, спазми судин мозку; м'язова млявість, слабкість, швидка стомлюваність; нервовий кашель, нетримання сечі і калу; нервові тики, судоми, порушення рухових функцій.

2) психологічні симптоми: дратівливість, перепади настрою; чутливість, вразливість; пригнічений, депресивний стан; страхи, фобії; істерики, падіння на підлогу з риданнями [68].

Внаслідок тривалого переживання психотравми розлуки з матір'ю, втрати емоційного зв'язку з нею, неналежного догляду та спілкування, у дитини з ДЦП виникають психологічні зміни в структурі особистості, що набувають деструктивних (невротичних, депресивних) рис, перешкоджаючих її оптимальному психологічному функціонуванню у повсякденному житті. До них належать: хронічне психоемоційне напруження, підвищена збудливість, дратівливість, яка здатна призвести до емоційного вибуху; невпевненість у майбутньому; нездатність до конструктивної комунікації з оточенням, підозрілість, ворожість до інших; почуття пригніченості, страху, тривоги; стан відчуження, почуття провини, втрата звичайних інтересів; труднощі з зосередженням уваги; нічні кошмари; соматичні розлади тощо [134].

Як відзначає І. Манохіна, найбільші труднощі й відхилення від нормального становлення особистості у дітей із ДЦП, які перебувають в дитячих будинках і мають синдром госпіталізму, належать до емоційно-вольової сфери. Подібні порушення найчастіше виявляються в підвищеній схвильованості, емоційному напруженні у передчутті невдач, проблем, загроз своєму

благополуччю чи існуванню, великій кількості страхів. Також, цим дітям характерна значна психічна втома, емоційний стрес, підвищена чутливість до різноманітних перепон, неготовність долати перешкоди, зниження потреби в досягненнях і успіху, недовірливість, занурення в себе, порушення емоційних контактів з оточенням, зростання пасивності [64, с. 91].

На думку Д. Мєдвєдєва, у дітей з невротичними симптомами, які виникають у ситуації депривації та ймовірного госпіталізму, спостерігаються певні особливості нервової системи і психіки: підвищена чутливість, емоційність. Такі діти дуже сильно реагують на розлуку з мамою, можуть розплакатися від жалості до себе тощо; невміння захистити свої інтереси, беззахисність; тривожність, схильність до занепокоєнь і страхів; вразливість (надовго запам'ятовують образу, неприємну ситуацію); суперечливість, нестійкість (як правило між раціоналізмом і емоційною складовою); інтроверсія (усі емоційні відчуття і протиріччя рідко озвучуються, дитина переживає їх глибоко всередині); висока потреба дитини в самоствердженні, яка не може реалізуватися [68].

Вивчаючи поведінку дітей в інтернатних закладах, І. Манохіна вказує, що в таких дітей ділові контакти з дорослими виникають пізно та здійснюються в примітивній формі. Діти з ДЦП можуть спостерігати за діями дорослого, виконувати його вказівки, з радістю сприймати всі пропозиції, але брати участь у грі, ставати її рівноправними й активними учасниками діти не можуть. Вони не активні у співробітництві, а бажання і здатності робити щось разом з дорослими у цих дітей не виникає. Спроба дорослого активізувати увагу дітей до гри, аргументувати її привабливість, навпаки, може спричинити раптове відчуження, демонстрацію показової байдужості, що є варіантом захисної поведінки у випадку тривожності, власної невпевненості [64, с. 92].

У той же час, за ствердженням І. Манохіної, дитина, яка зростає в інтернаті, як правило, не засвоює навичок продуктивного спілкування, її контакти поверхові, нервові й поспішні: вона одночасно привертає до себе увагу і

відштовхує від себе, переходячи на агресію чи пасивне відчуження. Потребуючи любові й розуміння, вона не вміє поводити себе таким чином, щоб з нею спілкувалися відповідно до цієї потреби. Дослідниця відзначає, що дитина, позбавлена батьківського піклування, не вміє проявити себе у спілкуванні, оскільки, ніхто не займався розвитком її емоційної культури і культури поведінки. Водночас, емоційний розвиток є важливим для формування цілісної картини світу, самосприйняття, поведінки дитини раннього та дошкільного віку, саме за допомогою емоцій дитина сприймає оточення і саму себе. Однак специфічні умови життя в інтернаті, депривація порушують психічний розвиток дитини, викривлюють її емоційну сферу [64, с. 92].

На основі узагальнень спостережень і практичних досліджень О. Антонової-Турченко [92], Я. Гошовського [27], І. Манохіної [64], можемо зробити висновок, що у дітей з ДЦП, які проживають у будинках-інтернатах для дітей, позбавлених батьківського піклування, можуть спостерігатися крайнощі в поведінці та спілкуванні з оточенням. Відчуваючи постійну тривогу, вони можуть демонструвати готовність підкорятися загальним правилам, дотримуватися пасивної позиції, у той же час нездатність до конструктивного вирішення конфліктів (і внутрішніх у тому числі) призводять до спалахів гніву та агресії, спрямованої проти інших (вихователів, працівників інтернатного закладу, медичних сестер у лікарні, однолітків у групі тощо).

Дослідник Г. Уриваєв вказує на певну послідовність прояву невротичних і депресивних реакцій дитини у випадку розлуки з матір'ю, що вказує на перебіг синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП:

1) пригніченість, плач, депресивний настрій;

2) голосний емоційний протест, намагання втекти, піти на пошуки матері;

3) аутизм, замкнутість: дитина тихо грає, «не впізнає» матір, яка приходить її відвідувати, що можна розглядати як підсвідоме витіснення – захист перед емоційними потрясіннями або як несвідому спробу «покарати» матір за те, що вона залишила дитину;

4) невідповідна адаптація до середовища закладу (лікарні чи дитячого будинку): дитина починає по-споживацькому до всього ставитися, використовує найбільш приємні сторони навколишнього середовища, намагається звернути на себе увагу персоналу і сподобатися йому, уникає повернення в сім'ю;

5) регресія («отупіння»), яка іноді має виражені моторні прояви регресивного характеру; монотонні, стереотипні рухи, смоктання пальців, неартикульовані звуки й інші прояви подібної активності, невідповідні віку дитини [113].

Аналізуючи перебіг синдрому госпіталізму у дітей, звернемося до напрацювань відомих психологів, які вивчали поведінку дітей раннього віку в депривaційних умовах. Зокрема, у дослідженнях В. Аршавського, С. Бондаренко і В. Роттенберга [100; 101], І. Дубровіної та А. Рузської [38], Й. Лангмейер і З. Матейчек [56], І. Манохіної [64], виділені й охарактеризовані найбільш типові прояви поведінки дітей в умовах психічної депривації (обмеження основних життєвих потреб).

Наслідками пережитого в ранньому дитинстві госпіталізму дослідниця І. Манохіна [64], опираючись на праці Й. Лангмейера і З. Матейчека [5], називає формування таких типів особистості, що розкривають типову поведінку дітей у депривованих умовах:

1. «Пригнічений тип», для якого характерна пасивність, апатичність. Стан таких дітей ускладнює можливість адекватної оцінки, їх інколи помилково відносять до розумово відсталих. Придушення є характерною відповіддю дитини на депривaційну ситуацію, однак воно не призводить до регресу в розвитку. Такі діти пасивні в спілкуванні з однолітками і дорослими, не виявляють особливого інтересу до іграшок, ігор, цікавлячись переважно речами.

2. «Соціально провокативний тип», що формується внаслідок постійного проживання дітей у закритих установах і характеризується контрастними емоційними реакціями, а саме, злісними спалахами, агресивністю і ревнощами.

3. «Гіперактивний тип». Для таких дітей характерний легкий вступ у контакт, демонстративні тенденції поведінки з яскравим інтересом до всіх оточуючих, що сприймається як гра, забава; спостерігається тенденція до «показних дій», важко оволодівають новими знаннями і навичками;

4. «Пристосовані діти» характеризуються компенсаторною поведінкою у відповідь на недостатність задоволення їх соціальних потреб, що проявляється у жадібності, ранніх сексуальних зв'язках, аутичних тенденціях, нарцисизмі тощо. [56, с. 103].

5. «Умовно компесаторний тип», що характеризується заміщуючим задоволенням афективних і соціальних потреб. У поведінці цих дітей можна помітити певні прояви компенсації на незадоволення афективно-соціальних потреб (здебільшого біологічних) [64, с. 106].

Для розуміння особливостей поведінки дітей в депривованих умовах цікавою є концепція В. Аршавського, С. Бондаренко, В. Роттенберга [100; 101]. Вони виділили два типи поведінки: пасивно-оборонну й активно-оборонну. Порівнюючи типові прояви поведінки дітей в умовах обмеження основних життєвих потреб (за І. Манохіною [64]) і типи поведінки, розглянуті В. Аршавським і С. Бондаренко, В. Роттенбергом [100; 101], можна простежити три основних лінії в поведінці вихованців в умовах психічної депривації:

1. Прагнення до активного пошуку виходу з ситуації, що склалася. Це виражається в намірі компенсувати відсутні стимули, у незадоволенні від спілкування з дорослими й однолітками (соціально провокативний і компенсаторний типів депривованої особистості) (за Й. Лангмейером і З. Матейчеком [56]).

2. Прояв здатності пристосування до умов середовища, задоволеність мінімальною кількістю стимулів (пристосований тип депривованої особистості).

3. Вираз пригніченості, пасивності, байдужості до всього оточуючого (пригнічений тип депривованої особистості) [100; 101].

За свідченням І. Манохіної, однією з характеристик дітей, які перебувають в депривaційних умовах та знаходяться у стані формування синдрому госпіталізму, є позиція «психологічного капсулювання» – це внутрішня позиція, що полягає у відчуженому ставленні до себе, до інших, до предметного світу, до почуттів і яка закріплюється за рахунок постійного формування нових ілюзій, що виникають при зіткненні дитини з проблемами реального життя. Поведінка зазначеної категорії дітей, характеризується нервовістю, спалахами гніву, агресії, перебільшеною реакцією на події та взаємовідносини, образливістю, провокуванням конфліктів з однолітками, невмінням спілкуватися та знаходити спільну мову з ними [64, с. 106].

Відзначимо, що відсутність лікування та психологічної допомоги у випадках прояву госпіталізму дуже знижує якість життя дітей раннього віку, перешкоджає їх подальшій соціалізації в суспільстві, гальмує особистісний розвиток. Саме тому, важливим напрямом надання допомоги дітям із ДЦП, змушеним перебувати на лікуванні відірвано від матері, а також тим, хто проживає у будинках-інтернатах для дітей, позбавлених батьківського піклування, є вчасна профілактика виникнення синдрому госпіталізму.

Таким чином, до особливостей прояву синдрому госпіталізму в дітей з ДЦП належить фізіологічна та психологічна симптоматика його перебігу, поступове збільшення та ускладнення порушень інтелектуальної, емоційно-вольової і соціально-комунікативної сфер розвитку дітей. Серед фізіологічних симптомів виділяються: порушення сну і апетиту, головні болі, запаморочення, м’язова млявість, стомлюваність, порушення рухових функцій. До найбільш виразних психологічних симптомів синдрому госпіталізму відносяться: чутливість, тривожність, дратівливість, перепади настрою; депресивний стан, проблеми встановлення контакту з іншими людьми.

Наслідками пережитого в дитинстві госпіталізму може бути формування різних типів особистості (пригніченого, соціально провокативного, гіперактивного, пристосованого, умовно компенсаторного), які відображають

типову поведінку дітей у депривованих умовах – пасивно-оборонну чи активно-оборонну. Відсутність психологічної допомоги дітям з ДЦП із синдромом госпіталізму знижує якість їх життя, перешкоджає подальшій успішній соціалізації в суспільстві, гальмує особистісний розвиток. Саме тому, важливим шляхом вирішення даної проблеми є профілактика виникнення синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП.

1.3. Підходи до профілактики синдрому госпіталізму у дітей

Зважаючи на виділені особливості виникнення, формування, перебігу госпіталізму у дітей, надзвичайно важливим завданням психолого-педагогічної науки і практики є розробка заходів попередження та профілактики даного синдрому.

Нині поняття «профілактика» є поліаспектним і з точки зору різних наукових дисциплін трактується дещо відмінно.

У медичному контексті під профілактикою розуміють комплекс заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я людей, їх творчого довголіття, усунення причин захворювань, у тому числі покращення умов праці, побуту та відпочинку, охорони довкілля [41, с. 86].

У психіатрії та психології найчастіше визначають профілактику в контексті, що є дуже близьким до медичного, як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву, а також заходи, спрямовані на попередження переходу хвороби у її хронічні форми [41, с. 86].

Дослідники у сфері соціальної педагогіки та соціальної роботи Т. Алєксєєнко [1] та Л. Мардахаєв [65] визначають профілактику як сукупність або систему заходів, розроблених з метою попередження виникнення та розвитку

будь-яких відхилень у розвитку, навчанні, вихованні особистості [65, с. 231], а також загалом як комплекс превентивних заходів, які проводяться шляхом організації загальнодоступної медико-психологічної та соціально-педагогічної підтримки [1, с. 376].

Згідно з дослідженнями І. Звєрєвої, Л. Коваль, С. Хлєбік, профілактика ґрунтується на визначенні несприятливих психолого-педагогічних факторів і психобіологічних умов, які зумовлюють відхилення у психічному і соціальному розвитку дітей, в їх поведінці, стані здоров'я, а також на організації їх життєдіяльності та дозвілля [49].

У сучасній психолого-педагогічній практиці розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику. Під первинною профілактикою найчастіше розуміють комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, психологічних, соціально-педагогічних та інших факторів, що можуть слугувати причиною формування поведінки, яка відхиляється від норми [4, с. 35].

За ствердженням І. Парфанович, первинна профілактика – найбільш масова та найбільш неспецифічна, її контингент включає загальну популяцію дітей, а метою є формування активного, адаптивного, високо функціонального життєвого стилю, спрямованого на здоров'я. Первинна профілактика є найбільш ефективною. Зусилля первинної профілактики спрямовані не стільки на попередження хвороби, скільки на формування здорового способу життя. Завданнями первинної профілактики є: удосконалення, підвищення ефективності використовуваних дитиною активних, конструктивних поведінкових стратегій; збільшення потенціалу особистісних ресурсів (формування позитивної, стійкої Я-концепції, підвищення ефективності функціонування соціально-підтримуючих мереж, розвиток емпатії, внутрішнього контролю власної поведінки і т.д.) [79, с. 36]. Виконання завдань первинної профілактики повинне здійснюватися психологами, медичними і соціальними психологами і педагогами.

Вторинна профілактика, на думку І. Парфанович, має на меті обмеження поширення окремих негативних явищ, що мають місце в суспільстві чи соціальній групі. Вторинна профілактика серед дітей містить у собі як соціально-психологічні, так і медичні заходи неспецифічного характеру, її контингентом є діти і підлітки з ризикованою поведінкою (бездоглядні діти, діти з кризових сімей, діти вулиці) [79, с. 37]. За своєю спрямованістю вторинна профілактика є масовою, залишаючись при цьому індивідуальною щодо конкретної дитини. Метою вторинної профілактики є зміна мало адаптивної дисфункціональної ризикованої поведінки на адаптивну форму поведінки. Вторинна профілактика має наступні завдання: розвиток активних стратегій поведінки, що допомагає подолати проблему; підвищення потенціалу особистісних ресурсів. Виконання програм вторинної профілактики повинно здійснюватися спеціально підготовленими професіоналами-психотерапевтами, психологами, соціальними працівниками, педагогами і мережею непрофесіоналів – членів груп само- і взаємодопомоги, консультантами. При цьому ефект від програм вторинної профілактики швидший, ніж від первинної.

Третинна профілактика – комплекс соціальних, освітніх та медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення особистісного та соціального статусу людини, її повернення до соціуму, активної діяльності, суспільно-корисних справ. Третинна профілактика серед дітей є переважно медико-соціальною, індивідуальною і спрямована на попередження переходу сформованого захворювання в його більш важку форму, наслідків у вигляді стійкої дезадаптації. При проведенні третинної профілактики різко зростає роль професіоналів – психотерапевтів, терапевтів, соціальних працівників і психологів, а також непрофесіоналів – консультантів, членів соціально-підтримуючих груп і співтовариств [79, с. 38].

Аналізуючи особливості профілактичної роботи з дітьми, дослідниця Т. Журавель вказує на існування декількох стратегій профілактики негативних явищ. Вона зазначає, що стратегії профілактики – це загальні підходи до

визначення основних цілей профілактики певної проблеми і шляхів їх досягнення. Виділяються такі стратегії:

1. Стратегія попередження та подолання (недопущення та усунення негативного явища, проблеми, їх ризиків та наслідків). Проблема чи явище визнаються однозначно негативними й неприпустимими; профілактика спрямована на їх недопущення.

2. Стратегія нормалізації (обмеження ризику, негативного впливу проблеми чи явища). Негативне явище, проблема визнаються небажаними, але припустимими (принаймні частково, за певних обставин); профілактика спрямовується на недопущення (обмеження) їх негативних наслідків [41, с. 87].

При цьому, дослідниця Н. Дмитріюк зазначає, що успішність превентивних корекційно-педагогічних заходів може бути забезпечена шляхом створення умов для особистісного та інтелектуального розвитку кожної дитини. При проведенні превентивної роботи варто пам’ятати, що наслідки госпіталізму не є незворотними, його вдається запобігти при правильному кадровому оснащенні закладів, де отримують медичну допомогу діти, при продуманому індивідуальному підході до дітей [33, с. 130].

У контексті досліджуваної нами проблематики засадничими є твердження чеських психологів Й. Лангмейера і З. Матейчек [56] про те, що надзвичайно важливим завданням є розробка заходів попередження та профілактики синдрому госпіталізму. Така превентивна програма зводиться до виявлення важливих психологічних особливостей дитини, що спричинюють певні труднощі або відхилення в інтелектуальному чи особистісному розвитку, створення умов для превенції та компенсації негативного впливу госпіталізму на неї. На думку вчених Й. Лангмейера і З. Матейчека, необхідно забезпечити надходження до дітей яскравих стимулів із зовнішнього життєвого середовища в належній кількості, які б відповідали ступеню розвитку дитини. Також, варто створити умови для розвитку позитивних стійких взаємовідносин між дитиною та вихователями, у родині і, нарешті, забезпечити її більш широкою суспільною

та предметною обстановкою. Крім того, за ствердженням Н. Дмитріюк, необхідно полегшити дитині включення у суспільство, щоб вона змогла засвоїти адекватні соціальні ролі [33, с. 130].

За даними Й. Лангмейера, З. Матейчека, для повноцінного розвитку дітей та створення умов для профілактики синдрому госпіталізму у маленьких пацієнтів необхідні:

– багатоманітні стимули різної модальності (зорові, слухові);

– задовільні умови для навчання і набуття різних навичок діяльності;

– соціальні контакти з матір'ю та іншими дорослими, що забезпечують формування особистості;

– можливість засвоєння ними соціальних ролей, залучення до суспільних цілей і цінностей [56].

Дослідники О. Кокорєва, Є. Єлісєєв стверджують, що профілактика і корекція госпіталізму вимагає грамотного сенсорного середовища, привнесення в життя дитини достатньої кількості сенсорних стимулів. Особливо, ця вимога актуальна для дітей, чий мозок ще перебуває в процесі дозрівання. З метою загального поліпшення психічного стану дитини з церебральним паралічем О. Кокорєва, Є. Єлісєєв пропонують використання, так званих, сенсорних кімнат. Вплив спокійних тонів колірного спектру, доповнений релаксуючою музикою, імітацією звуків природи (наприклад, дощу або співу птахів), ароматерапією, – все це сприяє нормалізації емоційного фону, релаксації, підвищенню працездатності [50, с. 284].

Також, для подолання госпіталізму варто уникати інформаційного дефіциту, тобто забезпечити дитині отримання нових вражень, знань з різних джерел, спілкування з різними людьми. Інакше кажучи – привнесення в її життя необхідної кількості інформаційних стимулів, що надають змогу вибудовувати адекватні когнітивні моделі навколишнього світу, а також – оволодіти способами побудови цих моделей. Також, важливо забезпечити повноцінне емоційне спілкування з дитиною, яке особливо актуальне на ранніх стадіях розвитку. Для

цього спеціально організовується суб'єктно-орієнтоване спілкування дорослого (лікаря, педагога, медперсоналу) з дитиною в адекватній віковому періоду формі [50, с. 284–285].

Незважаючи на ґрунтовні розробки щодо профілактики патологічних синдромів у дітей, практично відсутні наробки щодо профілактики синдрому госпіталізму саме у дітей раннього віку з ДЦП.

Враховуючи викладене, систему профілактики синдрому госпіталізму будемо розглядати як систему заходів медичного та психолого-педагогічного характеру, яка включатиме: первинну профілактику синдрому госпіталізму, що буде передбачати активну роботу з дітьми з ДЦП до появи симптомів госпіталізму з метою запобігання його виникнення; вторинну профілактику госпіталізму, що буде включати роботу міждисциплінарної команди фахівців із попередження загострення синдрому госпіталізму, коли вже наявні його прояви з метою подолання цих проявів госпіталізму та недопущення їх бурхливого розвитку, переходу на складний рівень, що не піддається корекції; третинну профілактику госпіталізму, що буде спрямована на попередження повторення його виникнення, коли синдром був подоланий, щоб не допустити рецидиву. Ці профілактичні заходи взаємопов'язані, доповнюють один одного і втрата хоча б однієї ланки в системі профілактики призведе до руйнування всієї профілактичної роботи.

За твердженням І. Мамайчук, правильно підібрані методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей з порушеннями психофізичного розвитку впливають на динаміку їх розумового й особистісного розвитку, запобігають виникненню порушень емоційного розвитку. І. Мамайчук розглядає психологічну допомогу дітям з психофізичними порушеннями як складну систему реабілітаційних впливів, спрямованих на підвищення соціальної активності, розвиток самостійності, зміцнення соціальної позиції особистості дитини, формування системи

ціннісних установок і орієнтації, розвиток інтелектуальних процесів, які відповідають психічним і фізичним можливостям хворої дитини [63, с. 217].

Відзначимо, що на всіх етапах профілактики синдрому госпіталізму (первинної, вторинної, третинної ланок) важлива співпраця міждисциплінарної команди фахівців із батьками дитини чи особами, які їх замінюють. Саме за допомогою групового впливу батьків і колективу медиків, педагогів, логопедів на хвору дитину можна досягти стійкого покращення її фізичного стану та запобігти формуванню синдрому госпіталізму.

Комплексні психолого-медико-педагогічні заходи з дітьми із ДЦП з метою профілактики та подолання госпіталізму проводяться в дитячих спеціалізованих установах, де передбачається спільна робота фахівців різного профілю: логопеда, психолога, психотерапевта, психіатра. При цьому, як зазначає Д. Гошовська, вирішальне значення у розвитку і формуванні вищих психічних функцій у дітей з ДЦП має створення сприятливого соціально-психологічного клімату в їх оточенні. Не менш важливе значення мають організація загальнооздоровчих заходів і проведення коректувального навчання на основі активізації інтелектуальної і творчої діяльності [26, с. 210].

Профілактика синдрому госпіталізму в дітей з ДЦП полягає в тому, щоб максимально наповнити день дитини цікавими заняттями, грою, при цьому забезпечити її сенсорними стимулами, достатнім інформаційним наповненням і спілкуванням з дорослими та іншими дітьми.

За даними Г. Уриваєва, первинна профілактика госпіталізму в дітей з ДЦП полягає, у першу чергу, в тому, щоб дитина, наскільки це дозволяє її вік і стан здоров’я, була «завойована» для допомоги при її обстеженні та лікуванні. Їй потрібно пояснити режим дня і її місце в житті відділення (закладу), щоб дитина була в потрібній мірі зайнята грою, роботою, рухом і реабілітацією. Потрібно також, щоб зміни відбувалися і у лежачих дітей, наприклад, перенесення їх на веранду, у сад, а перш за все, на думку Г. Уриваєва, головним напрямом

профілактики госпіталізму в дітей є докладання зусиль всього персоналу лікувальної установи, щоб перебування в ній було якомога коротшим [113].

Для профілактики госпіталізму О. Приходько радить батькам хворих дітей не уникати спілкування з дітьми, навіть з найменшими, думаючи, що ті надто малі і нічого не розуміють. Варто подбати, щоб повною мірою задовольнялися потреби дитини з ДЦП в освоєнні навколишнього світу, в насиченні її пізнавальних інтересів, в позитивному емоційному контакті. Дуже небажаним є розміщення дитини з ДЦП у лікарню без матері, особливо якщо лікування пов'язане з неприємними маніпуляціями і болісними процедурами [87, с. 44].

Д. Гошовська уточнює, що будь-який вік важливий у накопиченні знань про світ, становленні особистості дитини. Але особливо значущий період з 2 до 6 років. Саме тому, батькам хворих на ДЦП дітей для профілактики синдрому госпіталізму варто прагнути до того, щоб їх дитина в будь-якому віці знаходилась у різноманітно насиченому, сенсорному середовищі. Саме тому з профілактичною метою виникнення синдрому госпіталізму в дітей дошкільного віку з ДЦП Д. Гошовська радить батькам розмовляти з ними, розповідати їм казки, читати книги, вчити малюванню, ліпленню, повідомляти елементарні дані про простір, пори року тощо [26, с. 207–208].

При цьому, як засвідчує А. Синиця, труднощі реабілітаційного лікування дітей із ДЦП обумовлені не так складністю рухового дефекту, як своєрідними особливостями їх розумового й емоційно-вольового розвитку. Тому, вчасно надана психолого-педагогічна допомога є одним з найважливіших ланок системи їхньої реабілітації. У праці А. Синиці [105] відзначено, що період раннього дитинства має низку психофізичних особливостей, які вирізняють його від наступних вікових періодів, а саме: інтенсивність, пластичність, здатність до компенсації, тісний зв'язок фізичного та психічного розвитку, нерівномірність, стрибкоподібність, лабільність. Саме тому, доцільно враховувати весь комплекс фізіологічних і психічних особливостей дітей раннього віку з церебральними паралічами, які потребують створення спеціальних умов для життя та розвитку.

Дослідниця вказує, що перші роки життя дитини вважаються оптимальними для проведення профілактичної та корекційної роботи. Правильно організована рання допомога з перших років життя дозволяє не тільки виправляти існуючі порушення в розвитку, попереджувати виникнення вторинних порушень, з'ясовувати рівень соціальної дезадаптації дітей, а й досягати максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку [105, с. 82].

Психолог Р. Мухамедрахімов відзначає, що програма профілактично-корекційного втручання на ранніх етапах розвитку дітей з ДЦП збільшує можливості для їхньої успішної ранньої соціалізації з наступним забезпеченням самостійності в житті, що зменшить витрати суспільства на спеціальне навчання та виховання до досягнення дошкільного та шкільного віку. Він вказує, що програму раннього втручання «Абілітація немовлят» на ранніх етапах розвитку дітей з церебральними паралічами можна вважати успішною за різними показниками. Діти, які брали участь у програмі, краще адаптувалися до життя після завершення експерименту, а сім'ї цих дітей виявилися в кращих економічних умовах [72, с. 164].

У випадку вторинної профілактики формування госпіталізму в дітей із ДЦП Т. Дорофєєва дає поради батькам або особам, які їх заміняють, як допомогти дитині:

1. Не треба дратуватися і злитися, це лякає дитину і підтверджує її почуття, що дорослі ненадійні і з ними небезпечно.

2. Потрібно обговорювати з нею будь-які теми, які її хвилюють (бо ті теми і почуття, які замовчуються, зазвичай і є причиною довгих проявів госпіталізму).

3. Марно лаяти і кричати, лякати дитину страшними наслідками.

4. Якщо дитина робить свої справи вечорами, то їй треба допомогти завершити день по-іншому – придумавши, в залежності від віку, ритуал, як можна закінчити день. І це буде кроком до вашої стабільності і розвитку довірливих відносин.

5. Якщо в батьків такої дитини є тривога з приводу того, що ознаки госпіталізму не зникають, треба звертатися до фахівців і спільно отримувати допомогу [37].

Велику роль у вторинній профілактиці госпіталізму відіграють такі заходи, як грамотний підбір міждисциплінарної команди з урахуванням психологічної сумісності, раціональна організація життя дитини з церебральним паралічем тощо [50, с. 286].

Реабілітологами, психологами та соціальними педагогами разом із батьками повинна проводитися необхідна профілактично-корекційна робота для дітей, хворих на ДЦП, які мають прояви синдрому госпіталізму. Така робота повинна бути спрямована на загальний розвиток дитини, попередження виникнення в неї небажаних особистісних рис, таких як упертість, дратівливість, слізливість, непевність; на формування пізнавальної активності, задоволення різних інтересів, оскільки у багатьох дітей із церебральними паралічами є потенційно збережені передумови до розвитку інтелектуальних процесів (мислення, пам’яті тощо) [63, с. 217].

В основі вторинної профілактики госпіталізму, на думку О. Вікторовича, знаходиться систематично спрямована психолого-педагогічна корекція. Психологу необхідно постійно займатися з маленьким пацієнтом, довіряти йому виконання хоча б мінімальних завдань, які допомагають тренувати пам’ять, мислення і увагу. У результаті такої роботи можна домогтися формування в дитини сприятливого емоційного стану. Вона позбавляється від тривог і переживань, пов’язаних з перебуванням у стаціонарі в лікарні або в дитячому будинку. У тяжких випадках синдрому госпіталізму дитині може знадобитися медикаментозна терапія. Дітям призначаються лікарські засоби, дія яких спрямована на поліпшення емоційної стабільності і стимуляцію розвитку пізнавальних функцій. Додатково здійснюється лікування, що сприяє зупинці розвитку соматичних патологій, які вимагають, щоб дитина довше перебувала у стінах медичного закладу [14].

Відповідно до вказаного, О. Приходько радить медичному персоналу лікувальних закладів, які надають допомогу дітям з церебральними паралічами, дотримуватися таких засад вторинної профілактики виникнення госпіталізму у маленьких пацієнтів:

– «завоювати довіру та увагу» маленького пацієнта, турботливо ставитися до нього, проводити бесіди з дитиною, застосовуючи заспокійливі жести, приємну інтонацію у спілкуванні з нею, погладжувати її руки, голову (після встановлення довірливого контакту, щоб не налякати додатково);

– важливо створювати доброзичливу атмосферу та позитивне ставлення до маленьких пацієнтів, доцільно якомога більше спілкуватися з ними, розповідати їм казки, читати книги, вчити малюванню, ліпленню, повідомляти елементарні дані про простір, пори року і т.п.;

– максимально задіяти інтереси та увагу дитини у стаціонарному відділенні, створивши ігрові куточки, забезпечивши їх різноманітними сенсорними стимулами (іграшками, альбомами, телевізором та ін.). У таких ігрових куточках дитина має отримати змогу поспілкуватися з іншими дітьми чи просто пограти в іграшки, помалювати, полистати яскраві ілюстровані книжки, подивитися картинки тощо;

– забезпечити необхідні умови для рухової активності маленьких пацієнтів, для проведення з ними реабілітаційних заходів. Якщо дитина з церебральним паралічем, яка потрапляє у стаціонарне відділення, не має змоги рухатися, вона гостріше і негативніше реагує на всі лікувальні процедури, на лікарів та інший медперсонал [87, с. 45].

У праці І. Савенкової наведено алгоритм третинної профілактики синдрому госпіталізму. Вчена відзначає, що відновлювальна терапія є початковим етапом складного процесу профілактично-реабілітаційної роботи. Головним завданням є усунення або пом’якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ так званого госпіталізму, його інвалідизації. У цьому полягає профілактична спрямованість заходів, які

проводяться на першому етапі. Етап відновлювальної терапії характеризується поєднанням медикаментозно-фізіотерапевтичної терапії з психотерапевтичним впливом на дітей з психофізичними порушеннями. На наступному етапі, що має назву реадаптації, головне завдання – пристосування дитини із ДЦП до умов зовнішнього середовища, відновлення її пристосованості: мотивація до діяльності, праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин і т.д. На цьому етапі переважають психосоціальні дії, серед яких на перше місце висувається стимуляція соціальної активності дітей різними методами. Третій етап – реабілітація у прямому значенні цього слова, можливе більш повне відновлення в правах, індивідуальної і суспільної цінності хворої дитини, у її ставленні до навколишньої дійсності. Дуже важливою, що сприяє успіху всієї профілактично-реабілітаційної роботи з дітьми з ДЦП, є організація правильного ставлення до хворих з боку оточення – батьків, вихователів, однолітків, суспільства [102, с. 315–316].

Важливе місце в процесі вторинної та третинної профілактики госпіталізму в дітей з ДЦП (при наявності синдрому та при його подоланні для запобігання рецидиву) належить корекційним заняттям. Ці заняття проводяться з урахуванням особливостей розвитку дітей з ДЦП. Така профілактично-корекційна робота спрямована на формування всіх психічних процесів відповідно до особливостей віку. Можна виокремити основні напрями профілактично-корекційної роботи психолога з дітьми: формування соціально-побутових навичок; формування адекватної навчальної поведінки; формування комунікативних навичок; розвиток пізнавальної сфери; емоційно-особистісний розвиток. При цьому вибір напрямку залежить від загальних завдань, поставлених для конкретної дитини та від розподілу функціональних обов’язків між спеціалістами міждисциплінарної команди [76, с. 252].

У профілактично-корекційній роботі з подолання проявів госпіталізму використовуються спеціальні вправи і техніки, завдання, спрямовані на зниження тривожності дітей, створення довірливої атмосфери спілкування з

дорослими, забезпечення умов для пізнавального, емоційного та соціально-психологічного розвитку. Стосовно форм та методів роботи, то це, на думку І. Овчаренко, можуть бути:

– окорухові вправи (розвиток взаємодії півкуль головного мозку, активізація процесу навчання);

– візуалізація (активізація роботи головного мозку, активізація емоційної пам'яті, відновлення емоційної рівноваги);

– функціональні вправи (розвиток уваги, довільності, самоконтролю);

– метафоричні казки (розвиток уяви, інтуїції, мислення, формування уявлень про норми поведінки та моральні цінності, активізація діяльності правої півкулі);

– арт-терапевтичні вправи (забезпечення психологічного комфорту, сприяння гармонійному розвитку, розвиток творчих здібностей);

– когнітивні вправи (розумовий, емоційний розвиток), релаксація [76, с. 253].

Лікар-невролог дає поради батькам дітей з ДЦП та працівникам лікувальних закладів, педагогічним працівникам, які виховують дітей в інтернатах, щодо профілактики і подолання невротичних симптомів перебігу госпіталізму:

1. Створіть дитині чіткий режим дня. Це допомагає стабілізувати роботу її неврівноваженої нервової системи.

2. Уважно стежте за навантаженням у житті дитини. При перших ознаках неврологічного неблагополуччя – консультуйтеся з неврологом (підтримуючий курс лікування) та з педагогами (знижуйте навантаження).

3. Обов'язково забезпечте дитині посильну фізичне навантаження, воно знижує психічну напругу.

4. За можливості, забезпечте дитині відвідування дитячого психолога і методи боротьби зі стресом (ігротерапія, казкотерапія, арт-терапія).

5. Використовуйте при необхідності доступні засоби релаксації (дихальна гімнастика і методи м’язової релаксації, прийом заспокійливих трав і зборів). Дітей старшого віку можна навчити медитації. Йога хороша для будь-якого віку, зараз існує навіть бебі-йога для малюків [68].

Разом із цим варто пам’ятати, що медико-соціальна реабілітація дітей з ДЦП є довгостроковою проблемою, що спрямовує науковців і практиків до пошуку ефективних шляхів профілактики і подолання синдрому госпіталізму у вихованців. Як зазначає Р. Рахманов, психосоціальну, психофізичну і психофізіологічну реабілітацію дітей треба проводити в максимально досяжних умовах, під наглядом фахівців, стаціонарно або амбулаторно, і за можливості, за участю батьків дитини, або осіб, які їх заміняють [98, с. 77]. Це не тільки сприяє оптимізації психічного стану дітей, подолання їх тривожності, агресивності, депресивних настроїв, підвищенню пізнавальної активності, соціалізованості, але й надасть дорослим змогу побачити ці зрушення, відчути надію на покращення, усвідомити оптимістичний прогноз лікування і реабілітації дітей із ДЦП.

Таким чином, напрямами роботи з попередження госпіталізму в дітей раннього віку з церебральними паралічами є: забезпечення багатостимульного середовища, надання можливості здійснення рухової активності, організація достатнього за кількістю й адекватного за змістом спілкування дітей з дорослими, наповнення дня цікавими змістовними заняттями, іграми, спілкуванням і турботою (первинна профілактика). Профілактика госпіталізму в дітей, які проживають в сім’ї, також включає відновлення близьких відносин з мамою або родичем, який її замінює, насичення середовища перебування дитини яскравими сенсорними еталонами, проведення з дітьми бесід, читання їм казок, повідомлення елементарних знань про простір, пори року, заняття з дітьми малюванням, ліпленням тощо.

У межах вторинної профілактичної роботи з попередження і подолання синдрому госпіталізму дітям із церебральними паралічами в соціально-

реабілітаційних установах, лікарнях важливо створити доброзичливу атмосферу довірливого спілкування з медперсоналом; організувати чіткий розпорядок дня, що включає цікаві заняття, спілкування з однолітками, педагогами; надати змогу для рухливої активності та доступ до ігрового куточка. Метою третинної профілактики госпіталізму є попередження повторення формування його симптомів у дітей, в яких він вже був подоланий; відновлення пізнавальної та соціальної активності, оптимізація різних сфер розвитку.

Оскільки не існує єдиного визначення синдрому госпіталізму та одного погляду науковців на його структуру, специфіку діагностики і профілактичної роботи з його попередження, запропонуємо власну теоретичну модель госпіталізму:

– госпіталізм – це погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку.

– види синдрому госпіталізму (залежно від ситуації виникнення): «лікарняний госпіталізм», «госпіталізм дітей-сиріт», «сімейний госпіталізм». Лікарняний госпіталізм виникає внаслідок довготривалої розлуки з матір'ю у випадку самостійного перебування дитини у медичному закладі. Госпіталізм дітей-сиріт виникає у дітей, які позбавлені батьківського піклування і знаходяться на вихованні у дитячих будинках та інтернатах. Сімейний госпіталізм (часто є прихованим) виникає у випадку втрати емоційного зв'язку прив'язаності (прихильності) між дитиною і матір'ю чи особою, яка її заміняє; у випадку емоційної холодності матері, неналежного виконання нею ролі з догляду та турботливого звертання з дитиною (відсутність забезпечення потреби дитини у любові, прийнятті, емоційному контакті, безпеці, довірі);

– варіанти перебігу синдрому госпіталізму (які будуть виділені після проведення експериментального дослідження);

– система профілактики госпіталізму включає три етапи: первинна профілактика (до появи симптомів госпіталізму, спрямована на попередження його виникнення); вторинна профілактика (коли наявні прояви госпіталізму, має на меті превенцію його загострення); третинна профілактика (коли подолані прояви госпіталізму, організовується з метою запобігання повторення).

Для успішної профілактики потрібна розробка системи профілактики, яка буде базуватися на комплексному міждисциплінарному підході з метою попередження синдрому госпіталізму, сприятиме визначенню ризику його виникнення у дітей з ДЦП та проведенню вчасної профілактичної роботи, що попередить порушення в емоційному та психічному розвитку дітей раннього віку з ДЦП .

Висновки до першого розділу

Результати теоретичного аналізу досліджуваної проблеми дають змогу зробити такі висновки:

1. Теоретичний аналіз загальної та спеціальної медичної та психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження дав можливість з'ясувати, що єдиного затвердженого визначення поняття «госпіталізм», його структури, специфіки діагностики і профілактичної роботи з його попередження натепер немає. Науковці по-різному визначають поняття, проте спільною є думка, що вирішальний вплив на виникнення даного синдрому здійснює розлучення із матір'ю або особою, яка її заміняє, що відбувається в ранньому віці дитини.

Визначено, що в науковій літературі синдром госпіталізму розглядається через призму поняття «депривація», що означає позбавлення чи обмеження можливостей задоволення будь-яких потреб організму; істотне обмеження можливостей задоволення людиною життєво важливих її потреб. Залежно від того, чого позбавлена дитина і які потреби не задовольняються, синдром госпіталізму може проявлятися симптомами материнської, сенсорної, комунікативної, емоційної, рухової та соціальної депривації.

2. Теоретично визначено види синдрому госпіталізму, залежно від ситуації виникнення: «лікарняний госпіталізм», «госпіталізм дітей–сиріт», «сімейний госпіталізм». Констатовано, що особливо синдром госпіталізму виражений у дітей-сиріт, які проживають у дитячих будинках та інтернатах, а також дітей, які змушені тривалий час перебувати на лікуванні в медичних закладах окремо від матері або особи, яка її заміняє.

У процесі дослідження розглянуто механізми виникнення синдрому госпіталізму, які пояснюються через теорії прив'язаності (Дж. Боулбі) та об'єктних відносин (Д.Віннікот), що мають бути сформовані в ранньому віці для нормального розвитку дитини.

3. Теоретично доведено, що синдром госпіталізму негативно впливає на всі сфери особистості, що формується, гальмуючи її інтелектуальний та емоційний розвиток, спотворюючи «Я-концепцію», руйнуючи фізичне благополуччя та ін. Основними ознаками госпіталізму в ранньому віці є втрата у вазі, млявість, апатичність, підвищена сонливість, м'язовий гіпотонус, уникнення контактів з оточенням (відсутність зорового спостереження, поворотів «на голос», слабкий плач тощо. У крайніх формах може призвести до серйозних душевних захворювань, хронічного інфікування, іноді до смерті. Діти із синдромом госпіталізму часто відстають в інтелектуальному та мовленнєвому розвитку, затримуються у фізичному та психічному становленні. Вони пасивні, мляві, апатичні, схильні до невротичних та афективних розладів, стереотипних рухів. Характерними проявами госпіталізму є тривожність, страх, затримка мовлення, інтелектуальні розлади. Результатом пережитого в ранньому дитинстві синдрому госпіталізму, потреби дитини в материнській любові стає відсутність у неї почуття впевненості в собі, яке згодом стає стійкою характеристикою особистості.

4. Встановлено, що дуже часто синдром госпіталізму виникає у дітей з ДЦП, які страждають від рухових, психічних, мовленнєвих порушень та відрізняються специфічним розвитком пізнавальної сфери. Визначено, що в групі ризику

знаходяться діти з ДЦП, які змушені тривалий час проводити в розлуці з матір'ю під час отримання лікування або перебування в будинках дитини та інтернатах. Руйнівні наслідки впливу синдрому госпіталізму на особистість і поведінку дітей з ДЦП, на їх сенсорну, пізнавальну та емоційну сфери вимагають особливої уваги цілої команди фахівців, до якої крім медичного персоналу, що надає лікувальну допомогу, входять також педагоги, психологи, психіатр та інші спеціалісти.

5. Отже, в нашому дослідження ґрунтовний теоретичний аналіз дав змогу сформулювати власне визначення синдрому госпіталізму. Синдром госпіталізму будемо розглядати, як погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку. Також з'ясовано, що натепер немає розробленої і апробованої системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей саме раннього віку з ДЦП.

Отже, у нашому дослідженні розглядатимемо профілактику синдрому госпіталізму у даної категорії дітей як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву; заходи, спрямовані на попередження переходу хвороби у її хронічні форми а також превентивна робота з батьками, або особами, що їх замінюють.

Відповідно, профілактичні заходи будуть здійснюватися в 3 етапи: первинна профілактика госпіталізму передбачає роботу з дітьми до появи його симптомів з метою запобігання його виникнення. Вторинна профілактика госпіталізму включає роботу міждисциплінарної команди фахівців із попередження загострення синдрому госпіталізму, коли вже наявні його прояви. Ця робота спрямована на подолання проявів госпіталізму та недопущення їх бурхливого розвитку, переходу на складний рівень, що не піддається корекції. Третинна профілактика госпіталізму орієнтована на попередження повторення

його виникнення, коли синдром був подоланий, щоб не допустити рецидиву. Профілактичні заходи на всіх етапах, певним чином, взаємопов'язані між собою і є такими, що доповнюють один одного і мають на меті запобігти появі синдрому госпіталізму та його наслідків. Порушення даного ланцюга заходів на будь-якому етапі профілактичної роботи буде призводити до порушення результативності всієї системи профілактики синдрому госпіталізму.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ДЦП

У розділі обґрунтовано методичний апарат дослідження, здійснено теоретико-методологічний і статистичний аналіз результатів емпіричного вивчення проявів госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем. Охарактеризовано психодіагностичний інструментарій, що був використаний в процесі дослідження. Виявлено вікові особливості прояву та виділені варіанти перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

2.1. Програма та методи дослідження проявів синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП

Сучасний вітчизняний і зарубіжний досвід роботи з дітьми, що мають синдром госпіталізму, свідчить, що при правильно організованій профілактичній роботі можливо попередити певні відхилення в розвитку дитини, забезпечити максимальну реалізацію потенціалу її розвитку. Однак, вказаний 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.

Зауважимо, що особливістю раннього дитинства є те, що даний період є підґрунтям для набуття дитиною в подальшому розвитку певних знань, умінь, навичок, формування особистісних якостей. Період раннього дитинства характеризується швидким темпом розвитку як фізичної, так і психічної сфери особистості. Саме тому, так важливо вчасно виявити і по можливості попередити можливі відхилення в розвитку дитини. Під впливом умов життя і виховання в ранньому дитинстві відбувається інтенсивне дозрівання нервової системи та її функцій, органів чуття дитини.

На даний час розроблений значний діагностичний інструментарій, що дозволяє виявити функціональні можливості та можливі порушення розвитку у дітей раннього віку. Аналіз та узагальнення наукової літератури дозволив виокремити такі методи дослідження: клінічні, метричні, антропометричні, психометричні та психолого-педагогічні.

У дослідженні використовували психометричні методи, оскільки важливими їх характеристиками є валідність та надійність [23]. Методики, що відносяться до психометричних застосовуються для раннього виявлення відставання дитини від однолітків в розвитку психічних і моторних функцій. Як правило, ці методики побудовані за одним принципом: вони включають групи завдань, що спрямовані на вивчення мовленнєвої, моторної, пізнавальної, соціальної сфер. Відповідно до вікових змін, ці завдання ускладнюються. Результати вивчення дитини оцінюються шляхом зіставлення отриманих результатів з даними нормотипового розвитку. Використання психометричних методик надають можливість з'ясувати чи знаходиться формування психіки дитини в межах норми, а в разі відставання визначити, які саме сфери у дитини найбільш уражені. З цією метою використовуються батареї тестів і тести-опитувальники.

Поширеними на сьогодні є опитувальні методики KID (R)[124]– застосовується для діагностики дітей віком від 2 до 16 місяців та RCDI-2000 [125]– використовується для діагностики дітей віком від 1 року 2 місяців до 3 років 6 місяців, у яких респондентами виступають батьки дитини.

Опитувальники KID та RCDI призначені для комплексної оцінки психічного та рухового розвитку дітей на основі відповідей батьків або тих, хто повсякденно опікується дитиною. Основні принципи структури вказаних опитувальників подібні, оскільки вони описують типові форми поведінки дитини, що стосуються різних сфер розвитку рухів, споживання їжі, одягання, вияву емоцій, уваги, допитливості, кмітливості, наслідування, розуміння простих вказівок, формування звуків, слів, контакту з дорослими та ровесниками тощо.

Серед цілей застосування методик визначаються такі: проведення загальнодоступного обстеження великих груп дітей та виявлення дітей, які відстають у розвитку; розробка програм раннього втручання з урахуванням розвитку дитини; відстеження динаміки розвитку дітей, що відстають за певними показниками, за якими велося регулярне спостереження.

KID містить 252 питання, які дозволяють оцінити розвиток дитини в п’яти емпірично виділених сферах: когнітивній, руховій, мовній, сфері самообслуговування та соціальній. RCDI має 216 питань та оцінює активне мовлення й розуміння дитиною зверненої до неї мови, розвиток рухів, тонкої моторики, соціально-комунікативної сфери та самообслуговування.

Обстеження, проведене за допомогою цих опитувальників, дозволяє отримати показники розвитку дитини за окремими сферами та загальний показник розвитку дитини. Розвиток дитини оцінюється, як: кількість набраних дитиною балів (число пунктів в опитувальнику, які вона виконує) зіставляється зі статистично обробленими і стандартизованими оцінками великої вибірки дітей, що типово розвиваються.

У нашому дослідженні була також застосована Мюнхенська функціональна діагностика розвитку (МФДР). Методика передбачає ранню діагностику відхилень у розвитку та ранню соціалізацію дитини. Вона складається із таблиць фізіологічного розвитку функціональних систем у дітей перших трьох років життя. Дана методика враховує принципи ранньої діагностики психомоторних функціональних систем і дозволяє дослідити розвиток дитини у восьми найважливіших сферах психіки у грудному та ранньому дитячому віці.

Функціональні системи першого року життя: особливості формування функції повороту тіла та повзання; особливості формування функції сидіння; особливості формування функції вертикалізації; особливості формування функції хапання і координації рук; особливості формування функції перцепції;

особливості формування функції активної мови; особливості формування функції розуміння мови; особливості формування функції соціального розвитку.

Функціональні системи другого-третього року життя: особливості формування функції загальної моторики; особливості формування функції дрібної моторики і координації рук; особливості формування функції перцепції; особливості формування функції активної мови; особливості формування функції розуміння мови; особливості формування функції соціального розвитку; особливості формування функції навичок самостійності [77].

Час проведення першої оцінки розвитку в Мюнхенській діагностичній програмі відповідає другому місяцеві життя немовляти. Як вже зазначалося, в основу методики покладено диференційований розподіл психомоторного розвитку за вісьма функціональними складовими: повзання, сидіння, ходьба, хапання, перцепція, мовлення, розуміння мовлення, соціальна поведінка. У методиці оцінюється сам факт виконання або невиконання завдання дитиною та зіставляється з показниками вікової норми. Створюється графічний, антропометричний профіль досліджуваного, який поєднує показники за всіма функціональними складовими. Вказана діагностична методика носить скринінговий характер, у ній відсутні деякі значущі показники розвитку, що виокремлюються вітчизняними методиками. Однак, модель Мюнхенського дитячого центру виправдала себе як ефективний терапевтичний і діагностичний інструментарій.

МФДР базується на тому, що розвиток у перерахованих функціональних системах характеризується способом виживання чи самозбереження, якими оволодівають діти на психологічних стадіях розвитку. Зауважимо, що у всіх восьми фунціональних системах проводиться базисна діагностика, в процесі якої затримка в розвитку визначається кількісно. Методика не дає відповіді щодо якісних змін, тобто не виявляє причини, що лежать в основі цих порушень. Тому результати, отримані при проведені даної методики не можна розглядати ізольовано, оскільки вони потребують подальших діагностичних досліджень.

Зауважимо також, що психометричні методи надають інформацію щодо наявності або відсутності у дитини відставання за основними сферами розвитку. Разом з тим вони не спрямовані на виявлення синдрому або хвороби, а також не надають повної інформації, яка б допомогла у складанні індивідуальної корекційно-розвиткової програми для дитини.

Саме тому, наше дослідження, спрямоване на виявлення синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, доповнено психолого-педагогічними методиками. Серед зазначених методик для подальшого дослідження обрано ті, що охоплюють віковий період від народження до трьох років.

«Діагностика нервово-психічного розвитку дітей» Г. В. Пантюхіної, К. Л. Печори та Е. Л. Фрухт, 1983, що використовується для діагностики дітей віком від 10 днів до 3 років, містить методичні рекомендації щодо діагностики дітей раннього віку. Своєчасна діагностика нервово-психічного розвитку дитини дозволяє виявити відхилення на ранньому етапі розвитку дитини, а також на основі діагностики застосувати комплекс корекційно-розвивальних вправ. При діагностиці нервово-психічного розвитку перед дитиною ставляться певні завдання, що дозволяє об’єктивно оцінити її здібності та рівень розвитку. Тести для визначення рівня розвитку групуються за наступною схемою: вік, назва лінії розвитку, показник, методи діагностики (тобто опис ситуації і спосіб перевірки), еталони поведінки дитини при правильному виконанні кожного завдання. На першому році життя контроль здійснюється щомісячно, на другому – один раз на три місяці, на третьому – один раз на півроку. Кожну дитину тестують за показниками її віку. Якщо розвиток дитини не відповідає її віку, використовують показники попереднього або старшого вікового періоду. Методика розділена на декілька частин за віком досліджуваних дітей.

У період новонародженості визначають ступінь зрілості і формування перших зорових і слухових реакцій. На першому році життя до 5-6 місяців перевіряють розвиток зорових і слухових орієнтовних реакцій, наявності позитивних емоцій, рухів руки, загальних рухів (голови, ніг, тіла), підготовчих

етапів активної мови та умінь у процесі годування. У віці від 6 до 12 місяців контролюють розвиток загальних рухів, розуміння активної мови, дій із предметами, навичок, набутих у режимних процесах (годування, туалет), спілкування дітей один з одним, сенсорний розвиток (в 9 і 12 місяців).

Найбільш значущими в першому півріччі є зорові і слухові орієнтовні реакції, позитивні емоції і рухи руки (з 4 місяців). Значення руху руки набуває особливого значення у другому півріччі (з 7 місяців). У цьому ж віці важливу роль для розвитку дитини відіграє розуміння мови. Найбільш інформативними, що відображають не лише розвиток дитини, але і її стан, є показники, які можуть бути віднесені до соціальних (етапи розвитку активної мови, перші форми спілкування дітей один з одним, набуті навички). У разі затримки розвитку інших показників вони також формуються з відставанням. На кожному етапі розвитку між функціонально близькими показниками встановлюється двосторонній зв'язок, тобто два показника визначають розвиток один одного.

На другому році життя діагностується подальший розвиток розуміння і активної мови, сенсорний розвиток, розвиток гри і дій із предметами, рухів, навичок. Найбільш значущими на другому році життя є показники розвитку рухів, дій з предметами, розуміння мови.

У першому півріччі третього року життя перевіряють розвиток активної мови, подальший розвиток гри, рухів, навичок, конструктивної діяльності, сенсорний розвиток; у другому півріччі – розвиток активної мови, гри, образотворчої і конструктивної діяльності, рухів, навичок, сенсорний розвиток. Всі ці показники на третьому році життя є важливими.

За нормальний розвиток на першому році життя прийнято формування умінь у межах 15 днів від віку, що визначений за норму. На другому році життя – у межах трьох місяців, на третьому році життя – шести місяців. Формування умінь раніше встановленої норми на один епікризний термін свідчить про прискорений або ранній розвиток, випередження на два і більше епікризних

терміни – про прискорений (високий) розвиток. Оволодіння умінь із затримкою на один епікризний термін вказує на уповільнений темп розвитку.

Тест «ГНОМ» є стандартним тестом визначення коефіцієнту нервово-психічного розвитку немовлят та дітей раннього віку (від 0 до 3-х років). Тест складається з 12 вікових субтестів. Субтести складаються з 20 питань (завдань), що дозволяють тестувати розвиток сенсорних, моторних, емоційно-вольових, пізнавальних і поведінкових функцій.

При дослідженні сенсорної функції тестуються зорова, слухова та тактильна чуттєвість. Для визначення стану моторики досліджуються чотири параметри цієї функції: статика, кінетика, дрібна моторика та міміка. Емоційно-вольова сфера досліджується також із чотирьох позицій: формування та диференціювання емоційних реакцій; поява і характер емоційного резонансу (здатність сприймати емоційний стан інших людей і адекватно на нього реагувати). Вольові реакції досліджуються щодо активної і пасивної довільності. Пізнавальні функції тестуються за чотирма параметрами: мовлення (імпресивне та експресивне), мислення, гра, увага. Поведінкові функції розглядаються за двома напрямами: біологічна поведінка та соціальна поведінка. Психічний розвиток досліджується на 1-му році життя кожен місяць, після року – кожні три місяці, від 2 до 3 років – 1 раз на півроку.

У методичних рекомендаціях Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України зазначено, що для успішного вирішення діагностичних завдань дослідження дітей раннього віку потрібна певна тактика проведення обстеження. Звертається увага на те, що результати обстеження будуть мати цінність лише у тому випадку, коли з дитиною був встановлений доброзичливий контакт. Також дитина має бути зацікавлена під час виконання завдань. Тактика проведення обстеження обумовлюється віком і станом дитини, що значно впливає та оптимізує продуктивність при обстеженні.

Дослідження проводилося на базі дошкільних навчальних закладів: спеціальний навчально-виховний комплекс «МРІЯ» для дітей з вадами опорно-

рухового апарату та ДЦП Деснянського району м. Києва; закладу дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу №35 «Кульбабка» Жовтоводської міської ради м. Жовті Води, Дніпропетровської області; на базі закладів медико-соціальної реабілітації: КЗ КОР «Спеціалізований обласний будинок дитини м. Біла Церква»; КЗ «Кам'янській спеціалізований будинок дитини» Дніпропетровської обласної ради; КЗ «Інклюзивно-ресурсний центр «Світ дитинства» Кам'янської міської ради, Дніпропетровської області; на базі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України в м. Києві; на базі Київської міської дитячої клінічної лікарні №1, неврологічне відділення.

У дослідженні брали участь 156 дітей раннього віку від трьох місяців до трьох років. Серед них 81 дитина з діагнозом ДЦП, що проживають у сім'ях, та 75 дітей, що живуть поза сім'єю (дитячі будинки-інтернати).

Дослідження тривало упрдовж 5 років (2018–2022 рр).

В процесі дослідження діти були розподілені на три групи відповідно до віку: від 3 місяців до одного року 48 дітей (31%), від 1року до 2 років 52 дитини (33%), від 2 до 3 років 56 дітей (36%).

Досліджуючи прояви госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, емпіричні дані проаналізовано за такими напрямами:

- особливості сенсорного розвитку дітей раннього віку з ДЦП, що проживають у сім'ях та в дитячих будинках-інтернатах;

- особливості мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ДЦП, що проживають з сім'єю та поза її межами;

- особливості рухового розвитку дітей раннього віку з ДЦП;

- особливості розвитку навиків в різних видах діяльності у дітей раннього віку з ДЦП, що проживають у сім'ях та в дитячих будинках-інтернатах.

Аналіз отриманих емпіричних даних проводився в кілька етапів. Зокрема, на першому етапі досліджувані були розділені на три групи відповідно до віку: від 3 місяців до одного року; від року до двох та від двох до трьох років. В кожній

віковій групі окремо досліджувались діти, що проживають у сім'ї, та діти, що проживають в інтернатах.

2.2. Вікові особливості проявів синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП

У відповідності до сформульованих у першому розділі роботи уявлень щодо причин, механізмів формування та розвитку синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП розроблено програму експериментального дослідження, яка складалася із двох етапів: власне експерименту та якісно-статистичної обробки отриманих результатів. Оскільки у дітей із ДЦП провідним порушенням є порушення в руховій сфері, ми не акцентували свою увагу на даних показниках, враховуючи наявність різних форми ДЦП і те, що дослідження порушень рухової сфери вимагають залучення фахівців із медичної галузі, але врахували стан розвитку цих навичок при загальній оцінці нервово-психічного розвитку дітей.

Дані про розвиток дитини були отримані в процесі складання карт нервово-психічного розвитку дітей кожної вікової категорії. Дані карти були складені на основі методики Г. В. Пантюхіної, К. Л. Печори, Е. Л. Фрухт. Це дало змогу оцінити вік формування у дитини навичок за наступними показниками: зорово-орієнтовні реакції, слухові орієнтовні реакції, емоції і соціальна поведінка, рухи руки і дії з предметами, загальні рухи, рухи, підготовчі етапи розвитку, розуміння мови, підготовчі етапи розвитку активної мови, активна мова, сенсорний розвиток, гра і дії з предметами, конструктивна діяльність, образотворча діяльність, навички та вміння в процесах, навички в годуванні, навички в одяганні. Для кожної дитини відзначався вік появи певної навички з урахуванням рухових порушень, які є провідними при ДЦП. Перераховані навички в процес дослідження були згруповані в більш узагальнені, а саме: сенсорний розвиток дитини, соціальний розвиток дитини, дії з предметами,

загальні дії, розуміння мови, активна мова, навички (для дітей віком до одного року), навички та вміння (для дітей віком від одного до трьох років).

Аналізуючи отримані результати, було застосовано метод кількісної оцінки нервово-психічного розвитку дітей, розроблений К. Л. Печорою, який дозволяє оцінити глибину відставання дітей раннього віку з ДЦП. Автором було виокремлено п’ять груп розвитку:

I група:

1. Діти з нормотиповим розвитком.

2. Діти з випередженням у розвитку.

II група:

1. Діти з відставанням у розвитку на 1 епікризний термін.

2. Діти з негармонійним розвитком (частина показників вище на 1-2 і більше епікризних терміни, частина нижче норми на 1 епікризний термін).

III група:

1. Діти з відставанням у розвитку на 2 епікризних терміни.

2. Діти з дисгармонійним розвитком (частина показників нижче на 1, а частина на 2 епікризних терміни, розвиток за деякими показниками може бути вище норми).

IV група:

1. Діти з відставанням у розвитку на 3 епікризних терміни.

2. Діти з дисгармонійним розвитком (частина показників нижче на 1-2, частина на 3 епікризних терміни, деякі показники можуть бути вище норми).

V група:

1. Діти з відставанням на 4-5 епікризних терміни.

2. Діти з дисгармонійним розвитком (частина показників нижче норми на 1-3, частина – на 4-5 епікризних терміни, а деякі показники можуть бути вище норми).

При відставанні в розвитку більше, ніж на 5 епікризних терміни, групу розвитку не визначають, а роблять наступний висновок – «розвиток нижче 5 групи».

За результатами дослідження дітей із ДЦП віком від трьох місяців до одного року показник «зорово-орієнтовних реакцій» у межах норми у 21% дітей, які проживають в сім'ї, та у 15%, які проживають в умовах інтернату. Слухові орієнтовні реакції в нормі у 24% дітей, які проживають у сім'ї, і відповідно лише у 16% досліджуваних, які проживають поза її межами. Крім того, у розвитку слухових орієнтовних реакцій у 12% дітей з ДЦП, які проживають в інтернатах, виявлено відставання на три епікризних терміни. Таке ж відставання виявлено у розвитку зорових орієнтовних реакцій у 8% досліджуваних. У дітей, які проживають у сім'ї, відставання на три епікризних терміни не спостерігається.

Таким чином, можемо припустити, що недостатній сенсорний розвиток спостерігається у дітей з ДЦП не залежно від умов проживання, однак він значно вищий у досліджуваних, які проживають в умовах інтернату. У даному аналізі акцентовано увагу саме на цих двох показниках, оскільки вважаємо, що у віці до одного року активний розвиток зорових і слухових реакцій дитини стимулює розвиток всіх психічних процесів, а також дає суттєве підґрунтя для подальшого загального розвитку дитини. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП першого року життя подані в таблиці 2.1.

Таблиця. 2.1

Нервово-психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем першого року життя

	Група розвитку	Зорові орієн-товні	Слухові орієнтовні реакції	Емоції, соціальна поведінка	Дії з редме-тами	Загаль-ні дії	Розуміння мови	Активне мовлення	Навички І уміння
Діти, які проживають в сім'ї	I	21%	24%	10%	12%	5%	16%	15%	7%
	II	54%	49%	41%	43%	34%	43%	51%	47%
	III	25%	27%	29%	27%	43%	27%	23%	33%
	IV	–	–	20%	18%	20%	14%	11%	13%
	V	__–_	–	–	_–	_–__	_–_	_–__	_–__

Продовження табл. 2.1

Діти, які проживають в інтернатах	I	15%	16%	–	4%	–	8%	–	–
	II	46%	48%	34%	38%	36%	18%	18%	23%
	III	31%	24%	48%	43%	48%	38%	52%	34%
	IV	8%	12%	14%	8%	10%	28%	17%	29%
	V	–	–	4%	7%	6%	–	13%	14%

На другому році життя активно розвивається мовлення дитини. Дитина намагається зрозуміти мову дорослого і активно користуватися мовленням. Тому при аналізі результатів, насамперед, зосереджено увагу саме на цих показниках. Таким чином, розуміння мови, що відповідає віковим нормам розвитку, виявлено у 23% дітей, які проживають у сім'ї, та лише у 7%, які проживають поза сім'єю. Відставання на п'ять епікризних терміни, за результатами дослідження, спостерігається у 2% дітей, які проживають в умовах інтернату, а відставання на чотири епікризних терміни у 29%. У досліджуваних, які проживають з батьками, відставання на п'ять термінів не виявлено, однак у 11% дітей є відставання на чотири епікризних терміни. Розвиток активного мовлення, що відповідає віковій нормі, спостерігається у 19% дітей, які проживають у сім'ї, а відставання на один епікризний термін у 51%. Утой же час, серед дітей, які проживають поза сім'єю, за даним показником 17% мають відставання на п'ять, а 22% на чотири епікризних терміни, при цьому норми розвитку не виявлено у жодної дитини.

У таблиці 2.2 подано узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП другого року життя.

Таблиця. 2.2

Нервово-психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем другого року життя

	Група розвитк	Зорові орієнто вні	Слухов і орієнто .	Емоції, соціаль на .	Дії з пред-метами	Загальн і дії	Розумі ння мови	Активн е мовлен	Навичк и і .
Діти, які проживають в сім'ї	I	31%	34%	14%	12%	8%	23%	19%	9%
	II	44%	49%	46%	45%	37%	43%	51%	49%
	III	25%	17%	24%	29%	39%	23%	21%	31%
	IV	–	–	16%	14%	16%	11%	9%	11%
	V	_ –_	–__	–	–__	__–	___–	–_	_ –__

Продовження табл. 2.2

Діти,які прожи- вають в інтернатах	I	13%	15%	–	8%	–	7%	–	–
	II	48%	43%	34%	34%	34%	24%	17%	21%
	III	29%	25%	40%	46%	50%	38%	44%	34%
	IV	10%	17%	18%	12%	10%	29%	22%	30%
	V	–	–	8%	7%	6%	2%	17%	15%

У дітей віком від двох до трьох років, що проживають у сім'ї, за всіма показниками даної методики не спостерігається відставання на п'ять епікризних термінів. У 16% від загальної кількості досліджуваних найбільш суттєве відхилення (чотири епікризних терміни) виявлено в розвитку емоційної та моторної сфери, 11% – у розумінні мови та 9% в розвитку активного мовлення. У частини дітей, що проживають в умовах інтернату, виявлено відставання на п'ять та чотири епікризних терміни в моторній, емоційній та мовленнєвий сфері. Розвиток, що відповідає віковій нормі, виявлено лише у 8% дітей в розумінні мови, у 5% – у дії з предметами та розвитку зорових і слухових реакцій відповідно у 14% та 15%. У дітей, що проживають з батьками, показник розвитку, що відповідає віковій нормі суттєво вищий, про що свідчать результати, подані в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Нервово-психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем третього року життя

	Група розвитку	Зорові орієн товні реакції	Слухові орієн- товні реакції	Емоції, соціальна поведінка	Дії з предме- тами	Загальні дії	Розуміння мови	Активне мовлення	Навички і уміння
Діти, які проживають в сім'ї	I	31%	34%	12%	6%	8%	21%	19%	10%
	II	54%	44%	43%	46%	36%	43%	50%	47%
	III	15%	22%	27%	24%	39%	25%	22%	31%
	IV	–	–	18%	14%	17%	11%	9%	12%
	V	–	–	–	–	–	–	–	–
Діти, які прожи вають в інтер- натах	I	14%	15%	–	5%	–	8%	–	–
	II	45%	44%	32%	36%	32%	21%	21%	21%
	III	33%	28%	48%	44%	44%	39%	46%	32%
	IV	8%	13%	16%	8%	12%	28%	20%	33%
	V	–	–	4%	7%	12%	4%	13%	14%

Узагальнюючи результати, отримані в процесі проведеного дослідження, ми дійшли висновку, що у дітей віком від трьох місяців до трьох років, які мають діагноз ДЦП і проживають у сім'ї, не спостерігається відставання на п'ять епікризних термінів за жодним із показників. Найбільш значне відхилення (на чотири епікризних терміни) спостерігається в розвитку емоцій та соціальної поведінки дитини, а також у вмінні діяти з предметами. Відхилення на три епікризних терміна найбільш суттєве за такими показниками: «загальні дії» та «навички й уміння». У той же час, розвиток, що відповідає нормі, найчастіше виявляється у дітей при дослідженні слухових, зорових орієнтовних реакцій та розвитку активного мовлення. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП, які проживають у сім'ї, можна спостерігати на рис. 2.1.

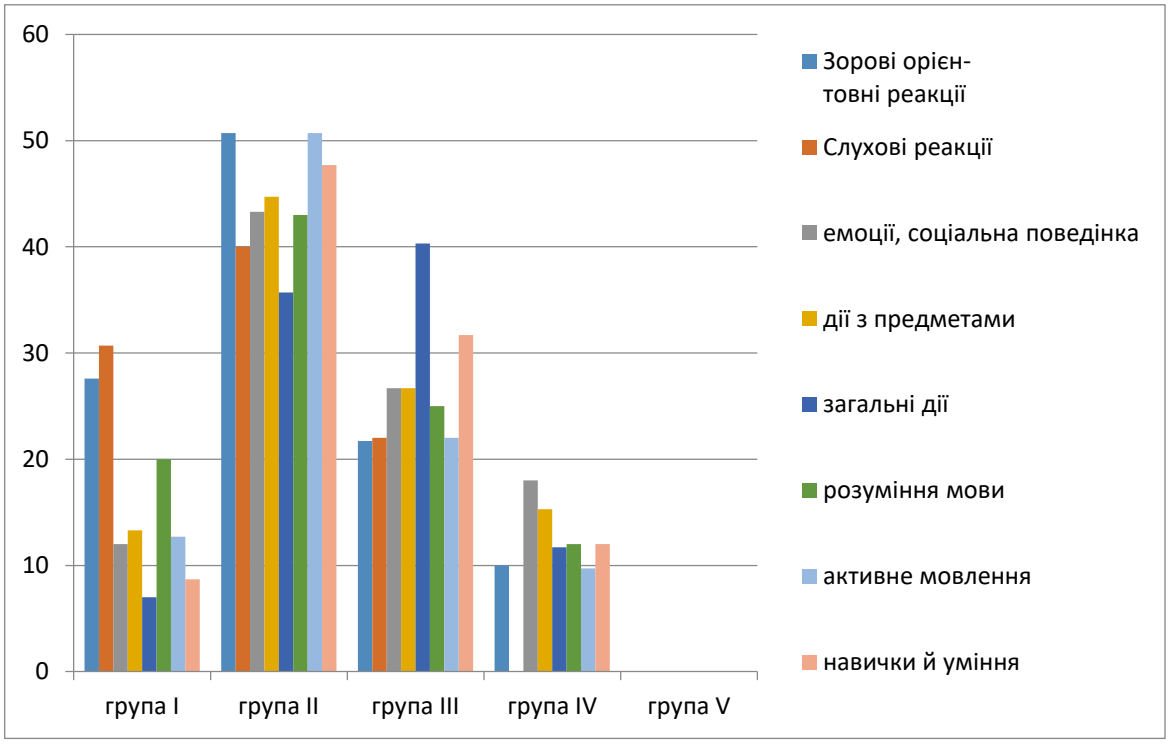

Рис.2.1. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП, що проживають у сім'ї

За результатами дослідження, значне відхилення (відставання на п'ять епікризних термінів) найбільш виражено у моторному та мовленнєвому розвитку

дітей. Разом із тим найбільш виражені показники відхилення на чотири епікризних терміни виявлено знову ж таки у моторному та мовленнєвому розвитку, а також у розвитку емоційної сфери та соціальної поведінки дитини. Розвиток, що відповідає віковій нормі, властивий лише невеликій кількості дітей. Як правило, такий розвиток спостерігався при дослідженні слухових та зорових орієнтовних реакцій, відповідно 15,4% та 14% від загальної кількості дітей віком від трьох місяців до трьох років. 7,7% досліджуваних даної групи мають достатній розвиток розуміння мови. На рис. 2.2 відображено показники розвитку дітей, які проживають в умовах інтернату.

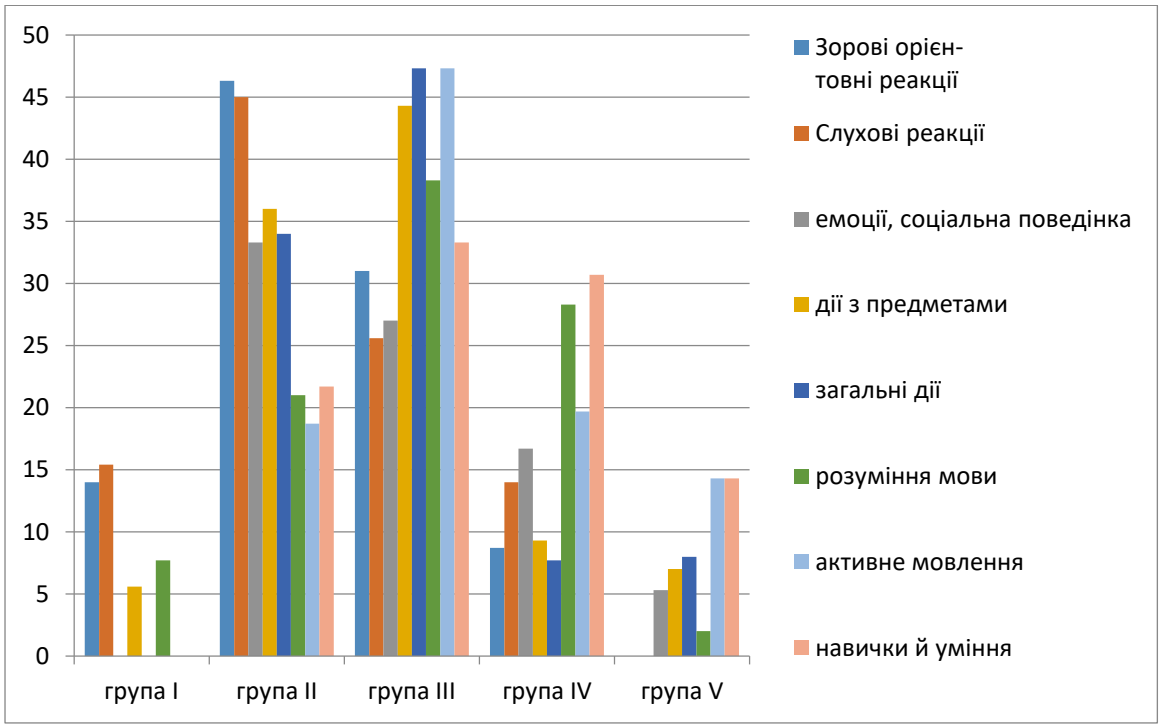

Рис.2.2. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП, що проживають поза сім'єю

Таким чином, за результатами дослідження у дітей, які мають діагноз ДЦП і проживають у сім'ї, найбільш суттєві відхилення в розвитку спостерігаються в емоційній та частково моторній сфері, у той час як у дітей з ДЦП, що проживають поза сім'єю, найбільші проблеми виявлені в мовленнєвому, моторному розвитку, а також в розвитку емоційної сфери та соціальної взаємодії. Причини вказаного

відставання в розвитку можуть бути пов’язані не лише із захворюванням, але й з особливостями взаємодії з дитиною її оточення.

З метою виявлення дітей з можливими порушеннями психічного розвитку вже на першому році життя в дослідженні застосовано методику «ГНОМ». Визначення психічного розвитку за цією методикою охоплює широке коло питань, що розкривають індивідуальні психічні реакції дитини. Це дає змогу провести оцінку психічного розвитку дитини, починаючи з перших місяців життя, вирахувати фактичний вік дитини та виявити функції, що відстають у розвитку.

Аналізуючи результати, отримані в процесі застосування зазначеного тесту з дітьми, що мають діагноз ДЦП, були зроблені такі висновки. Найбільш значне відставання у дітей віком до одного року, які проживають поза сім’єю, спостерігається у сенсорному, емоційному та моторному розвитку, в той час, як у дітей того ж віку, які проживають в умовах сім’ї, найбільш значне відставання відмічено в моторному розвитку.

У 36% досліджуваних віком від року до двох років, що проживають поза сім’єю, відмічено значне відставання (на 3–4 епікризних терміни) в моторній, сенсорній та емоційній сфері, та у 39% - відставання на 2–3 епікризних терміни в означених сферах. Разом із тим, у 37% дітей даного віку, що проживають в сім’ї, відставання на 2–3 епікризних терміни спостерігається в моторній та поведінковій сфері та у 28% досліджуваних – відставання на 1–2 епікризних терміна в емоційно-вольовій та поведінковій сфері.

Ми припускаємо, що в дітей з ДЦП, що проживають в будинках інтернатах, з віком відхилення в розвитку лише ускладнюються та поглиблюються. На підтвердження зазначеного припущення наведемо результати дослідження, проведеного з дітьми віком від двох до трьох років. Так, найбільше відставання (на 3-4 епікризних терміни) в розвитку, у 52% дітей, що проживають поза сім’єю, спостерігається в моторній, емоційній та поведінковій сфері. Відставання на 2–3 епікризних терміна виявлено у 26% дітей в сенсорному та пізнавальному

розвитку. У 46% досліджуваних даного віку, що проживають в сім'ї, виявлено відставання на 2–3 епікризних терміни в моторному та поведінковому розвитку, та відставання на 1–2 епікризних терміни в моторному, пізнавальному та поведінковому розвитку у 27% досліджуваних.

Таким чином, у дітей, що проживають у сім'ї, значні порушення спостерігаються в моторному та поведінковому (зокрема, соціальному) розвитку, що значною мірою може бути обумовлено особливостями протікання хвороби. У той же час, у дітей, що проживають поза сім'єю, значні порушення виявлені не лише в моторному та поведінковому розвитку, але й в соціальній, пізнавальній та емоційній сфері. Зауважимо також, що кількість і складність означених порушень у дітей з ДЦП, що проживають поза межами сім'ї, з віком зростає.

Подальший аналіз отриманих у процесі діагностики результатів, полягав у визначенні коефіцієнту психічного розвитку дітей раннього віку з діагнозом ДЦП, що, в свою чергу, може сприяти створенню ефективної профілактичної системи розвитку означеної категорії дітей. За допомогою аналізу результатів дітей за тестом «ГНОМ» вибірку досліджуваних розподілено на три групи відповідно до рівня їх нервово-психічного здоров'я.

Група здорових дітей відповідає показнику КПР (коефіцієнт психічного розвитку) у межах від 90 до 110 балів. Група ризику (виникнення психічної патології) – КПР в межах 89–80 балів. Діти, у яких КПР дорівнює 79 балам і нижче, відносяться до «групи патології» і потребують подальшої поглибленої консультації фахівців.

Аналізуючи результати, отримані в процесі дослідження, було виокремлено означені групи дітей залежно від віку та соціальних умов, в яких перебувають досліджувані. Зокрема, до «групи патології» відносяться 25% дітей віком до одного року, 14% дітей віком від року до двох та 12% досліджуваних від двох до трьох років, які проживають у сім'ї. Отримані результати дозволяють припустити, що з віком зменшується кількість дітей, яких можна віднести до

«групи патології». Це можна пояснити цілеспрямованою і систематичною роботою батьків та фахівців різних напрямів, що спрямована на розвиток дитини. Разом з тим до «групи патології» за результатами проведеного дослідження відноситься 36% дітей до одного року, 33% віком від одного до двох років та 39% досліджуваних від двох до трьох років, які проживають поза сім'єю. Таким чином, більше третини дітей, які проживають в умовах інтернату, потребують кваліфікованої допомоги.

До групи ризику за результатами дослідження відноситься 64% дітей віком до одного року, 65% дітей від року до двох та 64% досліджуваних від двох до трьох років, що проживають з батьками. За результатами дослідження дітей, що проживають поза сім'єю, до групи ризику було віднесено 59% дітей до одного року, 61% досліджуваних віком від року до двох та 57% від двох до трьох років. Результати дослідження свідчать, що дві третини дітей раннього віку з діагнозом ДЦП не залежно від соціальних умов, в яких перебуває дитина, знаходяться у групі ризику і перебувають під загрозою виникнення патології в психічному розвитку.

До групи «здорових дітей», коефіцієнт психічного розвитку яких відповідає нормі, відноситься 11% дітей до одного року, 21% віком від року до двох та 24% досліджуваних від двох до трьох років, що проживають у сім'ї. Узагальнені результати дослідження за методикою «ГНОМ» подано на рис. 2.3.

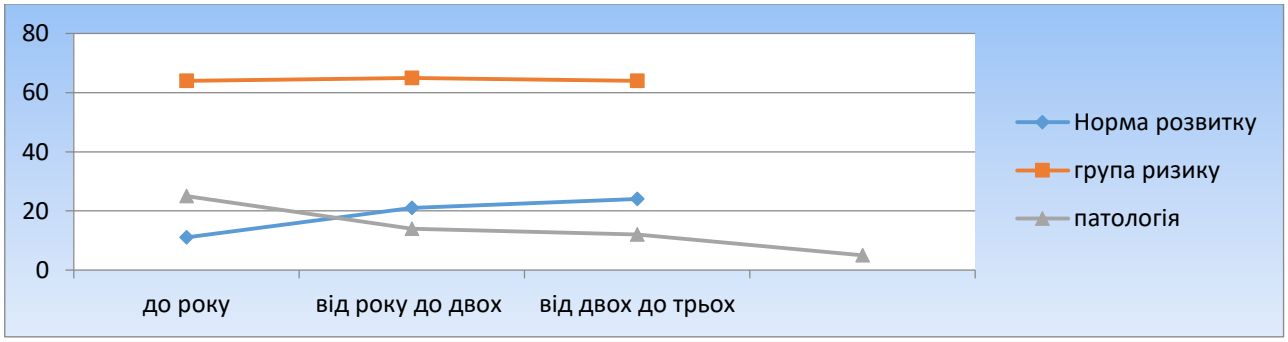

Рис. 2.3. Коефіцієнт психічного розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем, які проживають в сім'ї

Стосовно дітей, що проживають поза сім'єю, кількість дітей, коефіцієнт психічного розвитку яких відповідає нормі, значно менша. Зокрема, до групи «здорових дітей» було віднесено 5% дітей до одного року, 6% віком від року до двох та 4% досліджуваних від двох до трьох років. Узагальнені результати дослідження за методикою «ГНОМ» подано на рис. 2.4.

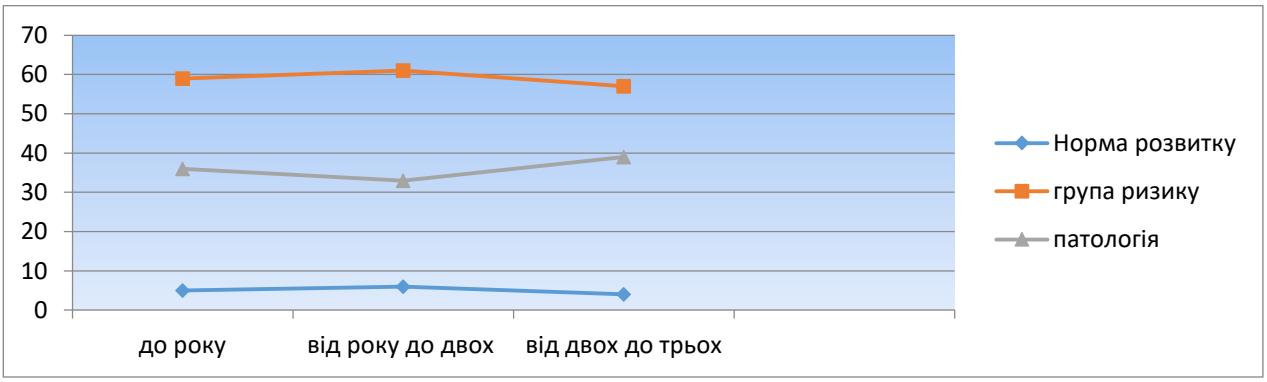

Рис.2.4 Коефіцієнт психічного розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем, які проживають поза сім'єю

У вітчизняних методиках при діагностиці дітей раннього віку виокремлюються змістовні лінії розвитку. У зарубіжних методиках виокремлюються не лінії розвитку, а певні змістовні сфери, які включають показники кількох ліній розвитку і комплексно відображають особливості розвитку і поведінки дитини раннього віку. Мюнхенська функціональна діагностика розвитку охоплює шість змістовних сфер і дозволяє визначити індивідуальний рівень зрілості основних функціональних систем розвитку дитини.

Стосовно діагностики дітей першого року життя тест охоплює такі змістовні сфери розвитку дитини: рух; хапання; розвиток зорових і слухових орієнтовних реакцій, що поєднані у сферу сприйняття; розуміння мови; активна мова, що розглядається як поєднання передумов активної мови і розвитку емоцій; сфера соціалізації, що поєднує розвиток емоцій, зорових орієнтовних реакцій і передумови розвитку мови.

Результати, отримані в процесі дослідження, дають підстави для наступних висновків. Спостерігається суттєва затримка розвитку моторики, як у дітей, що проживають у сім'ї, так і в досліджуваних, що проживають в інтернатах. Затримка формування функції хапання і координації рук спостерігається у 49% немовлят, що проживають поза сім'єю, у той час цей показник на 17% менший у дітей, що проживають у сім'ї. Майже у третини дітей, що проживають в інтернатах, виявлена затримка формування функції соціального розвитку, у дітей, що проживають у сім'ї, цей показник суттєво менший. Затримка формування функції активної мови у дітей, що проживають в інтернатах, втричі більша, ніж у немовлят з ДЦП, що проживають з батьками. Така суттєва різниця в формуванні зазначеної функції може бути обумовлена недостатнім розвитком емоційної сфери дітей, що проживають поза сім'єю. Затримка формування здатності розуміти мову була виявлена у 26% дітей, що проживають в сім'ї, та у 38% досліджуваних, що знаходяться в спеціалізованих дитячих установах. Узагальнені результати дослідження відображені в табл.2.4.

Таблиця. 2.4

Оцінка психомоторного розвитку за шкалою МФДР (діти з ДЦП віком до одного року)

Кількість досліджуваних (у відсотках)	Діти віком від трьох місяців до одного року
Затримка розвитку моторики	
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	56%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	49%
Затримка формування здатності розуміти мову	
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	26%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	38%
Затримка формування функції активної мови	
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	13%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	39%
Затримка формування функції соціального розвитку	
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	12%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	28%
Затримка формування функції перцепції	
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	19%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	21%
Затримка формування функції хапання і координації рук	
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	32%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	49%

Аналізуючи результати, отримані при дослідженні дітей віком від року до двох із діагнозом ДЦП, які проживають у сім'ї, ми дійшли наступних висновків. Лише у 15% дітей вказаного віку починає формуватися прямоходіння, однак воно має суттєве відставання в розвитку від трьох до восьми місяців. У 18% не сформовані навички сидіння і у 24% досліджуваних даної групи відсутні навички повзання. У 87% дітей, які проживають поза сім'єю, також спостерігається суттєва затримка в розвитку моторики. Починають оволодівати навичками прямоходіння лише 13% досліджуваних, відстаючи в розвитку даної функції від п'яти місяців і більше. У 26% дітей не сформовані навички сидіння і у 34% відсутні навички повзання. Таким чином, моторний розвиток дітей з ДЦП має суттєву затримку, не залежно від соціальних умов, в яких перебуває дитина.

Затримка розвитку дрібної моторики була виявлена у 44% дітей від року до двох, що проживають у сім'ї, зокрема у 23% досліджуваних затримка в межах одного епікризного термін і у 21% затримка на два епікризних терміна. У 55% дітей даного віку, що проживають поза сім'єю, також була виявлена затримка розвитку дрібної моторики, однак 16% має затримку в межах одного епікризного терміну, 24% – затримка на два епікризних терміна і 15% досліджуваних має затримку на три епікризних терміна.

Стосовно розвитку здатності розуміти мову, у 31% дітей, що проживають у сім'ї, спостерігається затримка в розвитку, що проявляється у відставанні розвитку здатності розуміти мову на 1-2 епікризних терміни. 46% дітей, що поживають поза сім'єю, також мають затримку здатності розуміти мову, серед них 21% має відставання на один епікризний термін, 14% – на два терміни та 11% - на три епікризних терміни. Відповідно затримка розвитку мовлення спостерігається у 37% дітей, що проживають в сім'ї, серед них затримку на один епікризний термін має 16% досліджуваних даної групи і 21% мають затримку на два епікризних терміна. Серед 49% дітей із затримкою в розвитку мовлення, що проживають поза сім'єю, 11% мають затримку на один епікризний термін, 25%

– на два терміни і 13% – на три епікризних терміни. Ми припускаємо, що така різниця в мовленнєвому розвитку дітей обумовлена не лише особливостями протікання та прояву хвороби, але й соціальними умовами, в яких перебуває дитина, наявністю постійного емоційного контакту з близькими дорослими та систематичною корекційною роботою з дітьми.

Затримку соціального розвитку мають 43% дітей, що проживають у сім'ї, (26% – затримка на один епікризний темін і 17% – на два епікризних терміни. У 56% дітей, що проживають поза сім'єю, також була виявлена затримка соціального розвитку і не відповідність соціального віку дитини її хронологічному віку, зокрема у 17% спостерігається затримка на один епікризний термін, у 21% – на два терміни і у 18% – на три епікризних терміни.

Варто звернути увагу на те, що розвиток самостійних вмінь у дітей, що проживають в різних соціальних умовах, суттєво відрізняється. Так, затримка розвитку самостійності у дітей, що проживають у сім'ї спостерігається у 37% досліджуваних, серед них затримку на один епікризний термін має 21% і на два епікризних терміни 16% дітей віком від року до двох. У дітей з ДЦП, що проживають поза сім'єю, затримка в розвитку самостійності була виявлена у 57% досліджуваних (14% – затримка на один епікризний термін, 22% – на два терміна і 21% – на три епікризних терміна).

Затримка розвитку здатності до сприйняття виявлена у 39% досліджуваних, що проживають у сім'ї, серед них у 14% затримка на один епікризний термін і у 25% – на два епікризних терміни. Затримка перцептивного розвитку у дітей, що проживають поза сім'єю, суттєво відрізняється. Так затримка на один епікризний термін спостерігається у 12% досліджуваних даного віку, на два епікризних терміни – у 23% і на три терміни у 16% дітей від року до двох.

Досліджуючи особливості дітей раннього віку з діагнозом ДЦП, не можливо залишити поза увагою віковий період від двох до трьох років. Зазначений період є завершальним в розвитку дитини раннього віку, разом із тим

психологічні зміни, що відбуваються з дитиною в цьому віці, закладають основу для її подальшого розвитку.

Ґрунтовний аналіз результатів, отриманих при дослідженні психомоторного розвитку дітей віком від двох до трьох років за шкалою МФДР, дає підстави для наступних висновків.

Як і на попередніх вікових етапах у дітей віком від двох до трьох років, що проживають з батьками, є суттєва затримка в розвитку моторики. За результатами дослідження таку затримку в розвитку має 87% досліджуваних. Зокрема, відставання на один епікризний термін має 26% дітей, затримка на два епікризних терміни виявлена в 39% і на три епікризних терміни в 22% досліджуваних даної групи. Зауважимо також, що у дітей, які проживають поза сім'єю, затримка на один епікризний термін виявлена у 12% досліджуваних, у 29% спостерігається затримка на два епікризних терміни, 36% має затримку на три епікризних терміни та 11% – на чотири епікризні терміни. Зважаючи на отримані результати, ми стверджуємо, що моторний розвиток дітей, що проживають у сім'ї, є більш сприятливим для її подальшого розвитку, ніж у її ровесників, що проживають поза сім'єю.

Затримка розвитку дрібної моторики була виявлена у 38% дітей від двох до трьох років, що проживають у сім'ї, зокрема у 24% досліджуваних затримка в межах одного епікризного терміну і у 14% мають затримку на два епікризних терміни. У 55% дітей даного віку, що проживають поза сім'єю, також була виявлена затримка розвитку дрібної моторики, однак 16% має затримку в межах одного епікризного терміну, 24% – затримка на два епікризних терміни і 15% досліджуваних має затримку на три епікризних терміни.

Затримка розвитку мовлення була виявлена у 34% дітей, що проживають в сім'ї. Зокрема, відставання в розвитку на один епікризний термін має 21% досліджуваних даного віку, на два терміни – 13% дітей. Затримка в розвитку здатності розуміти мову має 38% досліджуваних даної групи, серед них у 25% виявлено відставання на один епікризний термін і у 13% – на два терміни.

Результати, отримані в процесі дослідження розвитку мови та мовлення у дітей з ДЦП, які проживають поза сім'єю, дають підстави для наступних висновків. Затримка в розвитку мовлення спостерігається у 41% досліджуваних означеної групи. Зокрема, 13% має затримку на один епікризний термін, 11% – на два терміни, 9% – на три терміни і у 8% виявлена затримка на чотири епікризних терміни. Затримку в розвитку здатності розуміти мову має 44% дітей від двох до трьох років, які не проживають з батьками. У 11% була виявлена затримка на чотири епікризних терміни, 14% має затримку на три епікризних терміни, 10% – на два терміни і 9% на один епікризний термін. Таким чином, діти із діагнозом ДЦП, що проживають поза сім'єю, мають більш суттєві вади в розвитку мови, що з однієї сторони можна пояснити ускладненнями, які виникають внаслідок хвороби, а з іншої – недостатністю стимулів в оточенні, які б стимулювали розвиток мови і мовлення дитини (зокрема, спілкування з ровесниками, дорослими, систематичні розвивальні та корекційні заняття тощо).

Спостерігається суттєва різниця в затримці соціально розвитку дітей від двох до трьох років, що проживають у сім'ї та в умовах інтернату. Так, затримку соціального розвитку має 41% дітей, що проживають в сім'ї. Серед них у 22% виявлена затримка на один епікризний термін і у 19% – на терміни.

У дітей, що проживають поза сім'єю, затримку соціального розвитку було виявлено у 58% досліджуваних. Зокрема, 11% має затримку на один епікризний термін, 17% – на два терміни, 21% – на три терміни і 9% на чотири і більше епікризних терміни.

Варто ще раз звернути увагу, що розвиток самостійних вмінь у дітей, які проживають в різних соціальних умовах, суттєво відрізняється. Так, затримку розвитку самостійності має 35% дітей віком від двох до трьох років, що проживають у сім'ї. На один епікризний термін має відставання 24% досліджуваних даної групи, на два терміни – 11%. Стосовно дітей, що проживають поза сім'єю, спираючись на результати діагностики, можемо зробити наступні висновки. Відставання в розвитку самостійності має 59%

досліджуваних, серед них відставання на один епікризний термін має 11% дітей, на два терміни – 23%. У 13% виявлено відставання на три епікризних терміни та у 12% – на чотири і більше терміни. Узагальнені результати дослідження подані в табл.2.5.

Таблиця 2.5

Оцінка психомоторного розвитку за шкалою МФДР (діти з ДЦП віком від року до трьох)

Кількість досліджуваних (у відсотках)	Діти віком від року до двох років	Діти віком від двох до трьох років
Затримка розвитку моторики		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	85%	81%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	*87%*	88%
Затримка здатності розуміти мову		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	31%	38%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	46%	44%
Затримка розвитку мовлення		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	37%	34%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	49%	41%
Затримка соціального розвитку		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	43%	41%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	56%	58%
Затримка розвитку самостійності		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	37%	35%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	57%	59%
Затримка розвитку дрібної моторики		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	44%	38%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	55%	55%
Затримка розвитку здатності до сприйняття		
Відсоток дітей із затримкою, що проживають в сім'ї	39%	37%
Відсоток дітей із затримкою, що проживають поза сім'єю	51%	49%

Складно переоцінити роль сім'ї та дорослих, що оточують дитину раннього віку з особливими освітніми потребами в успішності її подальшого розвитку. Зокрема, знання особливостей індивідуального розвитку дитини, її

особистісних проявів у різних ситуаціях, на наш погляд, сприяє прийняттю дитини з особливими освітніми потребами і забезпечує ефективну взаємодію з дорослими як необхідну умову розвитку дитини раннього віку. Ми запропонували батькам (особам, що їх замінюють чи вихователям) заповнити Схему спостережень за поведінкою дитини [28]. Указана схема дала змогу виявити певні поведінкові прояви дитини, які можуть непокоїти дорослих. Зокрема, агресивність, запальність, негативізм, демонстративність, емоційну нестійкість, конфліктність, емоційне відособлення, нерішучість, тривожність, страхи, скутість, загальмованість, уникнення розумових зусиль, дефіцит уваги, мовна розгальмованість, рухова розгальмованість, застрягання (Див. Додаток Б). Аналізуючи результати анкетування, ми не розмежовували дітей за віковим показником, акцентуючи таким чином увагу лише на соціальних умовах, в яких перебувають досліджувані. Отримані в процесі анкетування дані дають підстави для наступних висновків.

Досліджувані віком від народження до трьох років, які проживають в сім'ї, за оцінкою батьків найбільш демонструють такі поведінкові прояви: запальність – 54% дітей, негативізм – 46%, агресивність – 27%, тривожність – 38%, демонстративність – 24%, емоційне відособлення- 19%, скутість – 15%. Узагальнені результати подані на рис. 2.5.

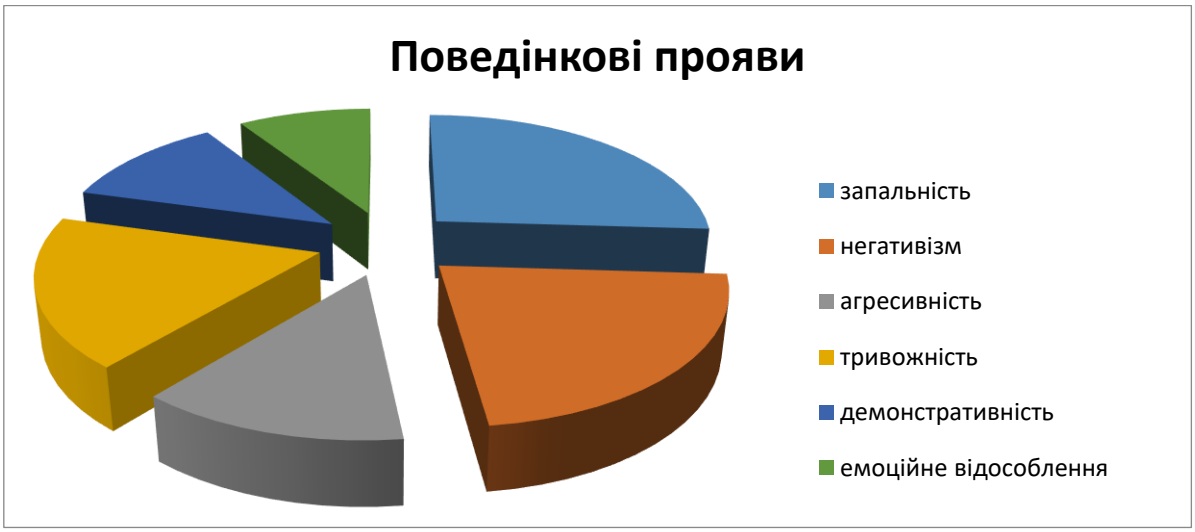

Рис. 2.5. Поведінкові прояви у дітей віком від народження до трьох років з діагнозом дитячий церебральний параліч, які проживають у сім'ї.

За оцінкою вихователів у дітей, що проживають поза сім'єю, найбільш вираженими є наступні поведінкові прояви: тривожність – 59%, страхи – 47%, загальмованість – 35%, уникнення розумових зусиль – 33%, негативізм- 31%, застягання – 29%, емоційна нестійкість – 25%, агресивність – 22%. Для наочного порівняння з попередньою групою досліджуваних узагальнені результати також подані на рис. 2.6.

Рис. 2.6. Поведінкові прояви у дітей віком від народження до трьох років з діагнозом дитячий церебральний параліч, що проживають поза сім'єю.

Таким чином, діти з діагнозом ДЦП, які проживають у сім'ї, за оцінкою батьків найбільш схильні до таких поведінкових проявів, як запальність, негативізм та тривожність. Ми припускаємо, що такі поведінкові прояви можуть свідчити про те, що дитина постійно намагається привернути до себе увагу дорослих тими засобами, які доступні їй відповідно до віку, зокрема, агресивністю та негативізмом. Захворювання дитини може накладати суттєві обмеження і залежність від дорослих. Не отримуючи бажаного, діти можуть проявляти стани тривоги та виявляти запальність у взаємодії з дорослими.

За результатами спостережень вихователів у досліджуваних раннього віку, які проживають поза сім'єю, найбільш вираженими є такі поведінкові прояви, як тривожність, наявність страхів, загальмованість, уникнення розумових зусиль,

негативізм та застрягання. Встановлено, що такі поведінкові прояви свідчать про безпорадність та стан безнадійності дитини, ніж про бажання привернути до себе увагу дорослого. Однак, саме від дорослого в період раннього дитинства залежить подальший розвиток дитини, і найбільшою мірою це стосується дітей з особливими освітніми потребами.

Народження дитини з особливими потребами кардинально змінює життя батьків. Водночас від їхнього ставлення, усвідомлення, розуміння та прийняття особливостей дитини, залежить успіх в її реабілітації, розвитку та соціалізації. Підтвердження вказаної думки знаходимо в дослідженнях науковців. Зокрема, нас зацікавили дослідження розробника однієї із сучасних систем реабілітації хворих з ДЦП В. Козявкіна.

Досліджуючи особливості реагування батьків на фізичний, мовленнєвий чи психічний дефект своєї дитини з ДЦП, В. Козявкін [47] виявив існування декількох варіантів сприйняття цього захворювання. Визначені автором варіанти відрізняються глибиною аналізу. Особливе значення мають емоційна насиченість та спрямованість хвилювань батьків, що пов’язані із захворюванням дитини, розумінням ними власної ролі в подальшій реабілітації. Серед основних, автором було виокремлено п’ять типів сприйняття хвороби дитини.

При поверхневому типі сприйняття уявлення батьків про складність та перспективи розвитку захворювання їхньої дитини носить недостатньо повний і адекватний характер. Батьки не розуміють на достатньому рівні своєї відповідальності за її долю, не вважають захворювання важким і таким, що потребує від них спеціальних зусиль, спрямованих на подолання захворювання. Вони вірять у необмежені можливості медицини та медичних працівників, перекладаючи на них всю відповідальність за майбутнє своєї дитини та її здоров’я. Крім того, вони пасивні в лікуванні і проводять його, насамперед, під тиском інших родичів або на вимогу лікарів. Без особливих переживань можуть влаштувати свою дитину в спеціалізовані дитячі садки із цілодобовим перебуванням, у відповідні школи-інтернати, навіть в установи соцзабезпечення.

Автор зазначає, що такий тип сприйняття характерний для батьків з недостатнім рівнем інтелектуального розвитку або з ознаками інфантильності.

Демонстративний тип сприйняття батьками захворювання дитини відрізняється тим, що вони сприймають діагноз ДЦП як удар долі, що випробовує їхню витримку та силу любові. Для батьків цього типу сприйняття властива позиція постійного обвинувачення навколишніх, медичних і соціальних працівників у недостатній компетентності, черствості тощо. До дитини демонструється не завжди правдива безмежна любов, що проявляється в постійному пошуку нових фахівців, більш ефективних методів і засобів лікування, вимогах направити їхню дитину в спеціалізовані клініки за кордон, надати різні соціальні пільги: поліпшити житло, забезпечити машиною тощо. Будь-які заперечення й незгода медичного персоналу з поглядами таких батьків викликають у них ворожість, конфліктну поведінку та скарги. Дитина часто стає засобом досягнення мети матеріального й морального самоствердження. Таким тип реагування на діагноз дитини характерний для астенічних батьків.

При катастрофічному типі сприйняття батьки оцінюють захворювання своєї дитини як непоправну катастрофу. Вони не вірять у можливість її одужання, не уявляють шляхів і методів відновлення порушених функцій організму, не докладають наполегливих і регулярних зусиль з лікування та реабілітації. Такі батьки у цій ситуації вважають себе найбільш постраждалими, і, неусвідомлено, причину своїх неприємностей вбачають у своїй дитині. Вони соромляться наявного в неї фізичного, мовного або психічного дефекту, намагаються менше бувати з нею в суспільстві, за нагоди віддають на виховання родичам або в спеціальні дитячі установи. Такий тип сприйняття, на думку дослідника, найчастіше властивий астенічним та істероїдним особистостям.

Надмірно хворобливе й загострене сприйняття наявного в дитини захворювання поєднується в батьків з тенденцією бачити причину його виникнення у власних помилках характерно для самообвинувачувального типу сприйняття. Батьки (найчастіше мати) вважають себе винними у народженні

такої дитини, переосмислюють своє минуле, вважають, що пізно звернули увагу на здоров'я дитини, неправильно та несвоєчасно почали її лікувати. Характерна наявність загостреного почуття жалю до дитини, їх постійно переслідують думки про важке захворювання, що розвинулося в дитини, переживання за її майбутнє. Увесь свій час вони присвячують догляду за дитиною. Такі батьки активно шукають всі нові методи лікування та реабілітації дітей із церебральними паралічами, звертаються за допомогою в різні інстанції. Найменше додаткове нездужання дитини викликає в них паніку, посилення ідей самозвинувачення. Цей тип сприйняття може виникати у тривожно-недовірливих батьків із високим почуттям відповідальності і невпевненістю в собі.

Найбільш ефективним, на наш погляд, є адекватний тип сприйняття, при якому батьки в цілому правильно розуміють характер захворювання дитини, відповідально ставляться до своїх обов'язків щодо лікування, розвитку й виховання. Вони достатньо інформовані про причини та умови розвитку церебральних паралічів у дітей, особливостей їхнього плину й результату, розуміють значення своєчасної діагностики і раннього початку лікування та реабілітації дитини з ДЦП. Розуміючи важливість і необхідність безперервного та тривалого проведення лікувально-реабілітаційних та розвивальних заходів, вони часто освоюють деякі прийоми масажу, лікувальної гімнастики, мануальної терапії тощо. Саме в таких батьків хворі на церебральний параліч діти краще пристосовуються до свого рухового або мовного дефекту, мають менше особистісних відхилень і досягають більш високого рівня соціальної адаптації. Адекватний тип сприйняття захворювання дитини формується у батьків з високим інтелектуальним розвитком, впевненістю в собі та хорошими адаптаційними здібностями.

Беручи до уваги важливість розуміння батьками особливостей розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем, у цьому дослідженні розроблено анкету, спрямовану на виявлення труднощів, з якими зіштовхуються батьки

після народження дитини та на їх ставлення до стану здоров'я дитини (Див. Додаток А).

Зокрема, аналіз проведеного анкетування дає підстави для наступних висновків. Емоційні труднощі при догляді за дитиною виникають у 43% матерів, фізичні труднощі відчувають 32%, 25% опитаних переживають як фізичні, так і емоційні труднощі. В аналізі результатів стосовно даного питання ми не брали до уваги відповіді батьків (якщо є повна сім'я), оскільки на питання «хто найчастіше проводить час з дитиною і доглядає за нею» в нашому дослідженні не було жодної відповіді «тато».

Характеризуючи сімейні стосунки на даному етапі, 32% опитуваних вказали, що в сім'ї бувають епізодичні конфлікти, 46% означили, що конфлікти відбуваються постійно, 22% охарактеризували сімейні стосунки як спокійні та доброзичливі. Варто також звернути увагу та те, що 15% досліджуваних, крім конфліктів, що відбуваються між подружжям вказали на те, що відбуваються також і конфлікти з дитиною.

Тривожним, на наш погляд, є той факт, що 9% опитаних батьків не вважають захворювання дитини складним і таким, що потребує від них певних зусиль щодо його подолання. Зауважимо, що серед цих батьків було 2% жінок і 7% чоловіків. 13% досліджуваних в стані здоров'я дитини звинувачують медичних працівників, а 11% вважають, що можливості сучасної медицини в будь-якому випадку дозволять подолати захворювання дитини. У постійних пошуках кваліфікованих лікарів знаходиться 24% матерів, не довірячи методам і засобам лікування дитини на даному етапі. Серед них 12% не бачать шляхів відновлення у дитини порушених функцій організму. 19% досліджуваних звинувачують себе в стані здоров'я дитини, 26% складно уявити майбутнє своєї дитини. Постійну тривогу з приводу здоров'я переживають 16% матерів, що приймали участь в анкетуванні. 46% досліджуваних розуміють складність хвороби дитини, особливості її розвитку та стану здоров'я, серед них 32%

систематично проводять з дитиною розвивальні та реабілітаційно-лікувальні заходи за рекомендацією фахівців.

Таким чином, аналізуючи результати анкетування, ми дійшли висновку, що наявність у сім'ї дитини з ДЦП у деяких сім'ях призводить до погіршення стосунків між подружжям, або батьків із дитиною. Крім того, може погіршуватися емоційний стан батьків, виникати стан тривоги, іноді безпорадності. У деяких випадках батьки взагалі не визнають хворобу дитини або ж покладаються в боротьбі з хворобою виключно на медичних працівників. Такі особливості ставлення та сприйняття батьками особливостей розвитку і стану здоров'я дитини не може не відображатися на її розвитку. Тому нам видалося доцільним провести кореляційний аналіз між результатами, отриманими в процесі анкетування батьків, та результатами діагностичних досліджень їхніх дітей .

Для всіх значень кореляційних матриць був обраний єдиний рівень статистичної значущості $p \leq 0,05$. Результати кореляційного аналізу подано в табл. 2.6

Таблиця 2.6

Кореляційна матриця між показниками мовленєвого розвитку дитини та стосунками в сім'ї

Змінні	Кореляційна матриця					
	Спокійні і доброзичливі стосунки	Епізодичні конфлікти	Постійні конфлікти	Конфлікти з дитиною	Розуміння мови	Активне мовлення
Спокійні і доброзичливі стосунки	1,00	0,08	0,03	0,04	0,48	0,72
Епізодичні конфлікти	0,08	1,00	0,31	0,21	-0,30	-0,37
Постійні конфлікти	0,03	0,31	1,00	0,44	-0,24	-0,58
Конфлікти з дитиною	0,04	0,21	0,44	1,00	-0,43	-0,66
Розуміння зверненого мовлення	0,48	-0,30	-0,24	-0,43	1,00	0,61
Активне мовлення	0,72	-0,37	-0,58	-0,66	0,61	1,00

Результати кореляційного аналізу свідчать, що при збереженні спокійних і доброзичливих стосунків у сім'ї після народження дитини з ДЦП, у дитини з

меншою ймовірністю будуть поглиблюватися дефекти в мовленнєвому розвитку. Частіше батьки спрямовують свої зусилля на розвиток мовлення дитини. У той час як найбільш страждає мовленнєвий розвиток дитини при наявності в сім'ї конфліктів із дитиною, можливо, внаслідок неприйняття особливостей її розвитку. При постійних конфліктах між подружжям страждає розвиток активного мовлення дитини.

Також було проаналізовано зв'язки між показниками сенсорного і соціального розвитку дитини з ДЦП та стосунками в сім'ї (табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

Кореляційна матриця між показниками сенсорного та соціального розвитку дитини та стосунками в сім'ї

Змінні	Кореляційна матриця					
	Спокійні і доброзичливі стосунки	Епізодичні конфлікти	Постійні конфлікти	Конфлікти з дитиною	Сенсорний розвиток	Соціальний розвиток
Спокійні і доброзичливі стосунки	1,00	0,08	0,03	0,04	0,58	0,62
Епізодичні конфлікти	0,08	1,00	0,31	0,21	0,30	-0,27
Постійні конфлікти	0,03	0,31	1,00	0,44	-0,44	-0,56
Конфлікти з дитиною	0,04	0,21	0,44	1,00	-0,63	-0,43
Сенсорний розвиток	0,58	0,30	-0,44	-0,63	1,00	0,51
Соціальний розвиток	0,62	-0,27	-0,56	-0,43	0,51	1,00

Результати кореляційного аналізу дозволяють зробити висновок, що сенсорний і соціальний розвиток дитини раннього віку безпосередньо залежать від сімейних стосунків як між членами сім'ї, так і стосунків дорослих зі дитиною. Це підтверджується позитивним взаємозв'язком між спокійними і доброзичливими стосунками в сім'ї та сенсорним розвитком дитини ($r_{xy} = 0,58$ при $p \leq 0,05$) і соціальним розвитком ($r_{xy} = 0,62$ при $p \leq 0,05$). Негативний взаємозв'язок встановлено між сенсорним розвитком дитини та конфліктами з дитиною в сім'ї ($r_{xy} = -0,63$ при $p \leq 0,05$), а також із постійними конфліктами між

дорослими (rxy = -0,44 при $p \leq 0,05$). Негативний кореляційний зв'язок також був виявлений між соціальним розвитком дитини та постійними конфліктами між подружжям (rxy = -0,56 при $p \leq 0,05$) і конфліктами з дитиною (rxy = -0,43 при $p \leq 0,05$).

Нижче наочно представлено зв’язки між показниками моторного розвитку дитини з ДЦП та стосунками в сім’ї (табл. 2.8.).

Таблиця 2.8

Кореляційна матриця між показниками моторного розвитку дитини та стосунками в сім’ї

Змінні	Кореляційна матриця					
	Спокійні і доброзичливі стосунки	Епізодичні конфлікти	Постійні конфлікти	Конфлікти з дитиною	Загальні дії	Навички
Спокійні і доброзичливі стосунки	1,00	0,08	0,03	0,04	0, 44	0,72
Епізодичні конфлікти	0,08	1,00	0,31	0,21	0,02	-0,04
Постійні конфлікти	0,03	0,31	1,00	0,44	-0,48	-0,58
Конфлікти з дитиною	0,04	0,21	0,44	1,00	-0,54	-0,56
Загальні дії	0,44	0,02	-0,48	-0,54	1,00	0,51
Навички	0,72	-0,04	-0,58	-0,56	0,51	1,00

Негативний кореляційний зв'язок між розвитком у дитини загальних дій та постійними конфліктами у сім'ї (rxy = -0,48 при $p \leq 0,05$), а також наявністю конфліктів із дитиною (rxy = -0,54 при $p \leq 0,05$); між оволодінням дитиною навичками, що відповідають певному рівню розвитку та постійними конфліктами у сім'ї (rxy = -0,58 при $p \leq 0,05$) і наявністю конфліктів із дитиною (rxy = -0,56 при $p \leq 0,05$). Позитивний зв'язок простежується між доброзичливими сімейними стосунками та моторним розвитком дитини (загальні дії (rxy = 0,44 при $p \leq 0,05$); навички (rxy = 0,72 при $p \leq 0,05$). Необхідно також звернути увагу на те, що позитивна кореляція встановлена між

постійними конфліктами у сім'ї та конфліктами дорослих із дитиною (rxy = 0,44 при $p \leq 0,05$).

Далі наведено дані щодо кореляційного аналізу результатів щодо показників емоційного та розумового розвитку дитини з ДЦП та стосунками в сім'ї (табл. 2.9.).

Таблиця 2.9

Кореляційна матриця між показниками емоційного та розумового розвитку дитини та стосунками в сім'ї

Змінні	Кореляційна матриця					
	Спокійні і доброзичливі стосунки	Епізодичні конфлікти	Постійні конфлікти	Конфлікти з дитиною	Емоції та соціальна поведінка	Коефіцієнт психічного розвитку
Спокійні і доброзичливі стосунки	1,00	0,08	0,03	0,04	0,63	0,04
Епізодичні конфлікти	0,08	1,00	0,31	0,21	-0,46	-0,03
Постійні конфлікти	0,03	0,31	1,00	0,44	-0,64	-0,47
Конфлікти з дитиною	0,04	0,21	0,44	1,00	-0,73	0,05
Емоції та соціальна поведінка	0,63	-0,46	-0,64	-0,73	1,00	0,41
Коефіцієнт психічного розвитку	0,04	-0,03	-0,47	0,05	0,41	1,00

Прослідковується також залежність між емоційним розвитком дитини раннього віку та особливостями взаємодії між членами сім'ї. Так позитивний кореляційний зв'язок встановлено між спокійними і доброзичливими стосунками у сім'ї та розвитком емоцій та соціальної поведінки (rxy = 0,63 при $p \leq 0,05$). Негативний емоційний зв'язок між розвитком емоційної та соціальної поведінки і епізодичними конфліктами в сім'ї (rxy = -0,46 при $p \leq 0,05$), постійними конфліктами (rxy = -0,64 при $p \leq 0,05$), конфліктами з дитиною (rxy = -0,73 при $p \leq 0,05$). Таким чином, наявність будь-якої тривалої конфліктної ситуації в сім'ї негативно впливає на розвиток емоційної сфери дитини раннього віку. Особливо,

це стосується дітей з дитячим церебральним паралічем, які внаслідок особливостей свого розвитку повністю залежать від батьків.

Нам також видалося доцільним проаналізувати взаємозв'язок між особливостями сприйняття батьками захворювання дитини та власне розвитком в дитини соціальної, моторної, емоційної, психічної сфери (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Кореляційна матриця між показниками розвитку дитини та невизнання батьками наявних проблеми в розвитку

Змінні	Кореляційна матриця					
	невизнання батьками наявних проблеми в розвитку	коефіцієнт психічного розвитку	сенсорний розвиток	соціальний розвиток	розуміння мовлення	уникнення розумових зусиль
невизнання батьками наявних проблеми в розвитку дитини	1,00	-0,58	-0,62	-0,49	-0,51	-0,54
коефіцієнт психічного розвитку	-0,58	1,00	0,21	0,04	0,31	0,11
сенсорний розвиток	-0,62	0,21	1,00	0,06	0,16	0,07
соціальний розвиток	-0,49	0,04	0,06	1,00	0,36	0,02
розуміння мовлення	-0,51	0,31	0,16	0,36	1,00	0,21
уникнення розумових зусиль	-0,54	0,11	0,07	0,02	0,21	1,00

Позитивний кореляційний зв'язок встановлено між висловленням батьків «систематично проводжу з дитиною лікувально-реабілітаційні та розвивальні заходи за рекомендаціями фахівців» та показником «емоції та соціальна поведінка дитини» ($r_{xy} = 0,61$ при $p \leq 0,05$), «коефіцієнт психічного розвитку» ($r_{xy} = 0,59$ при $p \leq 0,05$), «сенсорний розвиток» ($r_{xy} = 0,72$ при $p \leq 0,05$), «соціальний розвиток» ($r_{xy} = 0,48$ при $p \leq 0,05$), «активне мовлення» ($r_{xy} = 0,51$ при $p \leq 0,05$).

Разом із тим, негативний емоційний зв'язок спостерігається між висловлюванням батьків щодо захворювання дитини «не вважаю захворювання важким і таким, що потребує від мене спеціальних зусиль щодо його подолання» та показниками розвитку дитини «коефіцієнт психічного розвитку» (rxy = -0,58 при $p \leq 0,05$), «сенсорний розвиток» (rxy =- 0,62 при $p \leq 0,05$), «соціальний розвиток» (rxy = -0,49 при $p \leq 0,05$), «розуміння мовлення» (rxy =- 0,51 при $p \leq 0,05$), «уникнення розумових зусиль» (rxy =- 0,54 при $p \leq 0,05$).

Таким чином, невизнання, нерозуміння батьками проблеми в розвитку дитини з ДЦП може не лише ускладнити, а іноді й унеможливити реабілітацію, а, отже, й розвиток дитини. У той же час, батьки, які розуміють важливість і необхідність безперервного та тривалого проведення лікувально-реабілітаційних, а також розвивальних заходів, співпрацюючи з фахівцями різних галузей, максимально сприяють розвитку дитини і подоланню наявних проблем, адаптуючи її до соціуму та розвиваючи навички взаємодії в ньому.

Не можна також лишити поза увагою переживання батьками постійної тривоги з приводу здоров’я дитини. Позитивну кореляцію з даним показником було встановлено з такими змінними «емоційна нестійкість дитини» (rxy = 0,46 при $p \leq 0,05$), «розуміння мови» (rxy = 0,58 при $p \leq 0,05$), «активне мовлення» (rxy = 0,51 при $p \leq 0,05$), «уникнення розумових зусиль» (rxy = 0,60 при $p \leq 0,05$). Означене ставлення батьків до хвороби дитини негативно корелює з такими змінними: «емоції та соціальна поведінка дитини» (rxy =- 0,53 при $p \leq 0,05$), «соціальний розвиток» (rxy =- 0,47 при $p \leq 0,05$), «навички» (rxy =- 0,49 при $p \leq 0,05$). Як свідчать результати, отримані в процесі кореляційного аналізу, батьки, що постійно переживають стан тривоги з приводу здоров’я дитини з дитячим церебральним паралічем, частково гальмують її розвиток, особливо в соціальній, емоційній сфері та розвитку відповідних навичок. Ймовірно, оберігаючи свою дитини від «надмірних» зусиль вони оберігають її від будь-яких навантажень, як фізичних, так і інтелектуальних. Можливо, внаслідок такого ставлення батьків у дитини формується емоційна нестійкість та бажання уникати

будь-яких розумових зусиль. Разом з тим, у дітей достатньо розвинене розуміння мови та мовлення.

Таким чином, особливості реагування батьків на фізичний, мовленнєвий чи психічний дефект своєї дитини з ДЦП, а також, взаємини між членами сім'ї великою мірою впливають на розвиток дитини раннього віку з обмеженими можливостями. Ми припускаємо, що при певному ставленні до дитини, зокрема при неприйнятті чи нерозумінні наявних проблем в її розвитку, у дітей може формуватися і проявлятися синдром госпіталізму навіть за умов перебування в сім'ї.

Перспективи подальшого дослідження полягають у порівняльному аналізі проявів синдрому госпіталізму у дітей раннього віку, які проживають у сім'ї, та тих, що проживають поза сім'єю.

2.3. Варіанти перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП

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 віком від трьох місяців до трьох років, 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, зокрема: експресивне мовлення, розуміння мови, розвиток мовлення, активне мовлення, тривожність, емоційна нестійкість, запальність, скутість, агресивність, емоційне відособлення, негативізм, страхи, нерішучість, загальмованість, застрягання, конфліктність, демонстративність, соціальний вік, соціальний розвиток, коефіцієнт психічного розвитку (КПР), уникнення розумових зусиль, дефіцит уваги, конструктивна діяльність, навички та вміння, самостійність, самообслуговування, повзання, сидіння, дії з предметами, загальні рухи, навички в годуванні, прямоходіння, дрібна моторика, моторика, рухи, рухова розгальмованість, мовна розгальмованість, зорові реакції, слухові реакції, перцепція.

Факторний аналіз, у свою чергу, був проведений у кілька етапів, що дозволило проаналізувати вікові особливості дітей із ДЦП залежно від віку та від соціальних умов. Таким чином, були проаналізовані дані, отримані в процесі дослідження дітей віком від трьох місяців до трьох років, що проживають в сім'ї та в умовах інтернату. Кожна з означених груп досліджуваних в свою чергу була розділена на три підгрупи залежно від віку: від трьох місяців до року, від року до двох та від двох до трьох років.

Першу групу складали досліджувані віком від трьох місяців до року, що проживають поза сім'єю. На підставі діаграми опису (Scree Plot) та частки дисперсії змінних, які пояснюються у загальних факторах, на даному етапі для інтерпретації було відібрано чотири фактори, доля сукупної дисперсії яких складає 56,5%.

До складу першого фактору (17,6%) ввійшли наступні змінні: експресивне мовлення (-0,49), розуміння мови (-0,52), розвиток мовлення (-0,44), тривожність (0,52), емоційна нестійкість (0,48), запальність (0,45), соціальний вік (-0,47). Даний фактор ми назвали «недостатній мовленнєвий розвиток». Аналіз змінних дав змогу зробити наступні висновки. Перебування дитини від народження до року в будинках-інтернатах, недостатнє спілкування та обмежений контакт

дорослих із дитиною перешкоджає успішному розвитку мовлення, оскільки саме упродовж першого року життя закладаються основи мовлення. Затримка в розумінні та розвитку мовлення дитини перешкоджає дитині у встановленні перших соціальних контактів, вираженні власних потреб. Це може зумовлювати появу перших емоційних розладів у дитини. Досліджувані можуть проявляти ознаки тривожності, у певних ситуаціях нестриманості та запальності. Соціальний вік дитини та її соціальний розвиток не відповідає нормі.

Другий фактор (14,8%) отримав назву «недостатній руховий розвиток». До складу фактору ввійшли наступні змінні: повзання (-0,52), сидіння (-0,47), скутість (0,49), дії з предметами (-0,54), загальні рухи (-0,55), навички в годуванні (-0,44), емоційна нестійкість (0,49), агресивність (0,44), прямоходіння (-0,43). На наш погляд, проблеми рухової активності дітей із ДЦП в умовах проживання поза сім'єю лише ускладнюються. Як свідчать змінні, що ввійшли до даного фактору у частини дітей відсутні рухові навички, що необхідні для повноцінного розвитку дитини. До трьох місяців не нормалізується м'язовий тонус дитини, вона не тягнеться за іграшкою, не намагається взаємодіяти з предметами. До шести місяців дитина не перевертається із спинки на живіт, не формуються навички в годуванні тощо. Як наслідок, діти з ДЦП не оволодівають не лише загальними руховими навичками, але й не взаємодіють з предметами, що уповільнює психічний розвиток дитини. Обмеженість або іноді й повна відсутність рухової активності може бути причиною появи негативних емоційних станів дитини, зокрема, перших провів агресивності щодо оточення, емоційної нестійкості.

Крім того, у дітей часто порушено або відсутнє реагування на знайомі звуки, голос тощо. Може також бути відсутня реакція на знайомі обличчя, предмети, які рухаються. Все це може свідчити про відсутність достатньої сенсорної стимуляції при спілкуванні дорослих з дітьми з ДЦП. Про це свідчать змінні, що ввійшли до наступного фактора (12,5%): зорові орієнтовні реакції (- 0,47), слухові орієнтовні реакції (-0,51), перцепція (-0,44), емоційне

відособлення (0,51), негативізм (0,44). Такі особливості розвитку дітей з ДЦП, що виховуються поза сім'єю може призвести до порушення процесів відчуття та сприймання, що в свою чергу впливає на загальний інтелектуальний розвиток дитини. Зважаючи на описані особливості, даний фактор отримав назву «перцептивний розвиток дитини».

Зауважимо також, що нестача сенсорних стимулів і взаємодії з дитиною може бути однією з причин проявів у достатньо ранньому віці емоційного відособлення та негативізму щодо дорослих, що в свою чергу може призвести до формування синдрому госпіталізму у дітей. Однак, на даному етапі дослідження, це лише наше припущення, яке потребує подальшого дослідження.

До складу четвертого фактору (11,6%) ввійшли наступні змінні: соціальний розвиток (-0,47), навички (-0,54), дрібна моторика (-0,49), КПР (-0,46), страхи (0,48), тривожність (0,51). Даний фактор отримав назву «загальний розвиток дитини».

Соціальна ситуація розвитку в період немовляти – це ситуація потреби у комфорті, центральним елементом якого є дорослий. Недостатнє спілкування з дорослим у даний період призводить до проблем у соціальному розвитку дитини. Дефіцит емоційного спілкування в період немовляти негативно позначається й на подальшому розвитку, і є однією з вагомих причин госпіталізму. Про недостатній розвиток дитини свідчать змінні, що ввійшли до даного фактору. Зокрема, у дитини до одного року практично не розвинута дрібна моторика, не сформовані навички відповідно до норм вікового розвитку. Діти також відстають в психічному розвитку, про що свідчить показник коефіцієнту психічного розвитку. Як свідчать попередні дослідження, значна частина дітей з ДЦП, що поживають в умовах будинків-інтернатів, відстають у психічному розвитку на кілька епікризних термінів.

Крім того, у дітей проявляється підвищений рівень тривожності та наявність страхів, як правило, внаслідок недостатнього емоційного спілкування дитини з дорослими.

Узагальнюючи викладене, можна зробити висновок, що проживання в будинках-інтернатах дитини віком до одного року з діагнозом ДЦП має негативний вплив на її розвиток. Зокрема, у дитини рівень розвитку рухової, сенсорної та комунікативної сфери може не відповідати віковим нормам внаслідок наявного діагнозу, однак нестача емоційного спілкування з дорослими лише ускладнює дану ситуацію. На наш погляд, страждає й особистісний розвиток дитини, оскільки вже у цьому віці з'являється тривожність, страхи, емоційна нестійкість.

Можливо, всі перераховані особливості розвитку є наслідком ДЦП, наявного в дитини, і не завжди будуть залежати від умов проживання. Однак, ми все ж схиляємося до думки, що такі особливості розвитку є не лише наслідком хвороби, але й суттєво обумовлюються особливостями взаємодії дорослих і дитини в період немовляти.

Для підтвердження чи спростування нашої точки зору проаналізуємо результати дослідження, що були отримані в процесі діагностики дітей віком до одного року, що проживають в сім'ї.

Для інтерпретації було відібрано чотири фактори, доля сукупної дисперсії складає 57,9%.

Перший фактор (17,2%) отримав назву «розвиток дитини раннього віку з ДЦП». До складу даного фактору ввійшли наступні змінні: конструктивна діяльність (0,44), навички (0,47), прямоходіння (-0,47), образотворча діяльність (0,46), сенсорний розвиток (0,45), самостійність (0,48), соціальний розвиток RCDI (0,45), розуміння мови (0,45), рухи RCDI (-0,43), тривожність (-0,43).

Аналіз змінних, що ввійшли до даного фактора дає підстави для наступних висновків. При порушенні рухової діяльності у дітей з ДЦП при належних умовах розвитку дитини її соціальний розвиток відповідає віковій нормі. Сформовані основні навички, що відповідають особливостям розвитку дитини до року. Досліджені в міру своїх можливостей оволодівають початковими навичками конструктивної та образотворчої діяльності. Як правило, дитина

отримує із зовнішнього оточення достатню кількість сенсорних стимулів, що сприяє активному розвитку сенсорної сфери. Також ми припускаємо, що у батьків із дитиною ефективний комунікативний контакт, що призводить до розвитку у дитини мовленнєвих навичок, зокрема, розуміння мови. За таких умов взаємодії з дитиною з ДЦП віком до одного року у неї відсутні ознаки прояву тривожності.

Наступний фактор «сенсорний розвиток дитини» (15,3%) свідчить про важливість наявності сенсорних стимулів в розвитку для дитини раннього віку з ДЦП. До складу даного фактору ввійшли змінні: зорові орієнтовні реакції (0,44), слухові орієнтовні реакції (0,51), перцепція (0,52), хапання (0,48), сидіння (-0,46), соціальний вік (0,52), соціальний розвиток (0,46), нерішучість (0,43).

Активність дитини раннього віку тісно пов’язана з ситуативно-діловим спілкуванням з дорослими, які її оточують. Активний розвиток зорових і слухових реакцій дитини, що стимулює розвиток таких пізнавальних процесів, як відчуття та сприймання, свідчить про те, що потреба спілкування у дитини, яка проживає у сім’ї, повною мірою забезпечується батьками та дорослими, що її оточують. Разом із тим, розвиток сенсорно-перцептивної сфери не лише спирається на розвиток моторики, але й сприяє розвитку рухової сфери дитини. Не зважаючи на те, що у дітей з ДЦП є суттєві проблеми саме у розвитку рухової сфери, зокрема, за результатами наших досліджень, проблеми із можливістю сидіти, у дітей досить успішно розвиваються навички хапання, що забезпечує пізнання довкілля, накопичення нею чуттєвого досвіду і, як наслідок, пізнавальний розвиток дитини. Взаємодія дорослих з дитиною забезпечує її активність у пізнанні довкілля. Внаслідок такої взаємодії соціальний розвиток дитини з ДЦП відповідає віковій нормі.

Зауважимо, що навіть при затримці в психічному розвитку дитини постійна опіка, лікування та взаємодія дорослих з дитиною у сім’ї дає позитивні результати в розвитку дитини з ДЦП. Про це свідчать змінні, що ввійшли до фактору «мовленнєвий розвиток» (13,8%): експресивне мовлення (0,48),

розуміння мови (0,51), розвиток мови (-0,46), запальність (0,49), моторика RCDI (0,44), емоції і соціальна поведінка (0,50), КПР (-0,53), тривожність (0,45). При недостатньому загальному розвитку мови у дитини внаслідок спілкування з дорослими розвивається розуміння мови та експресивне мовлення. Емоційний і соціальний розвиток дитини відповідає віковій нормі або ж наближений до норми. У дітей достатньо розвинута моторика. Однак, ми припускаємо, що недостатній розвиток мовленнєвої діяльності може бути наслідком затримки психічного розвитку дитини. Крім того, у взаємодії з оточенням дитина може проявляти, з одного боку, запальність, з іншого – тривожність. Можливо, це є наслідком того, що дитина, внаслідок недостатнього розвитку мовлення не в змозі показати дорослим власні потреби, що не завжди задовольняються.

Останній фактор отримав назву «розвиток рухової сфери» (11,6%). До складу даного фактору ввійшли наступні змінні: навички в годуванні (0,43), загальні рухи (0,41), прямоходіння (-0,48), сидіння (-0,47), дії з предметами (0,46), дрібна моторика (-0,51), негативізм (0,52). Змінні, що ввійшли до даного фактору свідчать, що розвиток рухової сфери дитини з ДЦП не відповідає віковій нормі, що, як відомо, є наслідком порушення розвитку мозку або пошкодженням одного чи декількох відділів, які відповідають за моторну активність та м'язовий тонус. Як свідчать результати дослідження, діти з церебральним паралічем суттєво відстають від ровесників у своєму моторному розвитку, відчуваючи суттєві складності в оволодінні сидінням, повзанням, ходою тощо. Однак, при постійних заняттях із дорослими, спрямованими на розвиток рухової сфери, спостерігається певний прогрес у розвитку загальних рухів, що дає можливість дитині взаємодіяти з предметами, що її оточують. Зауважимо, що за таких умов розвитку у дитини може проявлятися негативізм щодо оточуючих.

Таким чином, проаналізувавши особливості розвитку дітей віком до одного року з діагнозом ДЦП, ми дійшли наступних висновків. Перебування дітей у дитячих закладах негативно відображається на загальному розвитку дитини. Так, на відміну від дітей, що перебувають у сім'ях, соціальний та

емоційний розвиток не відповідає віковій нормі, що може бути наслідком недостатньої взаємодії дорослих із дитиною. Крім того, у дітей з будинків-інтернатів не сформовані основні навички, відсутні рухові навички, навички в годуванні, вони не взаємодіють взагалі або недостатньо взаємодіють із предметами. На відміну від дітей, що проживають у сім'ї, у них спостерігається суттєва затримка в розвитку мовлення, зокрема, в розумінні мовлення, недостатній розвиток сенсорно-перцептивної сфери. Крім того, у дітей із ДЦП віком до одного року, що проживають із батьками, не спостерігаються емоційні розлади, агресивність щодо оточення та прояви страхів. Ми припускаємо, що особливості перебування дитини з ДЦП у будинках-інтернатах може стати суттєвою причиною появи синдрому госпіталізму, оскільки повною мірою не задовольняються основні потреби дитини, зокрема, потреба в спілкуванні та отриманні сенсорних стимулів. Звичайно, ми не можемо стверджувати, що перебування дитини з церебральним паралічем у сім'ї убезпечить дитину від проявів даного синдрому. Однак, щоб робити обґрунтовані висновки, з нашої точки зору, необхідно прослідкувати особливості розвитку дітей із ДЦП двох- і трьох-річного віку.

На другому році життя за сприятливих умов розвитку здорова дитина починає проявляти самостійність, вчиться розуміти мову дорослого і намагається активно розмовляти сама. Суттєво збільшується рухова активність дитини, рухи стають координованими, дитина робить перші спроби в освоєнні простору. Зокрема, в цей період вона починає самостійно ходити, може підніматися і спускатися зі сходів, починає бігати. Поступово розвивається дрібна моторика. На кінець другого року життя малюк тримає олівець (залежно від форми ДЦП), може вже щось намалювати. На даному віковому етапі відбувається також подальший сенсорний розвиток.

Маніпулюючи предметами, дворічна дитина знайомиться з властивостями предметів. У віці двох років малюк може підбирати речі за формою, розміром та кольором. Предметна діяльність на даному етапі розвитку стає провідною. Перші

дії з предметами – це прості маніпуляції, однак, набуваючи досвід предметної діяльності, спілкуючись з дорослими та спостерігаючи за оточуючим світом, дитина поступово переходить до сюжетної гри, в процесі якої розвивається наочно-дійове мислення. Однак, як відомо, у дітей з церебральним паралічем спостерігаються не лише рухові, але й психічні порушення, характер яких залежить від локалізації ураження мозку. Цим дітям також властива емоційна збудливість, часта зміна настрою. З часом може з'явитися почуття безпомічності, замкнутість, відстороненість. Однак, на нашу думку, це, насамперед, залежить від соціальних умов, в яких перебуває дитина, від особливості її взаємодії із соціумом.

З метою дослідження особливостей розвитку дітей з ДЦП віком від року до двох, що проживають в сім'ї, до результатів, отриманих при дослідженні означеної групи, було застосовано процедуру факторного аналізу. Для подальшої інтерпретації було відібрано чотири фактори, доля сукупної дисперсії яких складає 56,8%.

До складу першого фактору (17,2%) ввійшли наступні змінні: розуміння мови (0,57), емоційна нестійкість (0,58), дрібна моторика (-0,44), дефіцит уваги (0,47), соц.розв. RCDI (0,45), активне мовлення (0,46), самообсл. RCDI (-0,44), сенсорний розвиток (0,47). Аналіз змінних, що ввійшли до даного фактору, дозволяє зробити наступні висновки. Діти віком від року до двох із діагнозом ДЦП, що проживають в умовах сім'ї, мають достатній сенсорний та соціальний розвиток, що найчастіше відповідає віковій нормі. Однак, у них недостатньо розвинена дрібна моторика, як правило, внаслідок особливостей протікання хвороби та не завжди розвинені навички самообслуговування. Крім того, у дітей даного віку може проявлятися дефіцит уваги та емоційна нестійкість при взаємодії з оточуючими чи виконанні певних видів діяльності. Дітям властиве розуміння мови та достатньо розвинене активне мовлення.

Змінні, що ввійшли до наступного фактору (15,3%), дозволяють проаналізувати особливості рухового розвитку дітей другого року життя та

рівень їх психічного розвитку. Зокрема, до даного фактору ввійшли наступні змінні: КПР (коефіцієнт психічного розвитку) (0,47), прямоходіння (-0,45), сидіння (0,48), дії з предметами (0,49), тривожність (0,46), перцепція (0,45), активне мовлення (0,51), розуміння мови (0,48), нерішучість (0,45).

Отже, при відсутності порушень у психічному розвитку дітей, в них достатньо розвинена сфера сприйняття, вони здатні розуміти взаємозв'язки відповідно до норм вікового розвитку. Діти другого року життя, проживаючи з батьками і маючи змогу постійного контакту з дорослим, активно використовують при взаємодії мовлення та проявляють розуміння зверненої мови. Внаслідок хвороби у досліджуваних даної групи відсутнє прямоходіння, однак у них сформовані навички сидіння та достатньо розвинені навички дії з предметами. Зауважимо також, що дана категорії дітей може відрізнятися проявами тривожності та нерішучості.

До складу третього фактору (13,2%) ввійшли наступні змінні: негативізм, запальність, КПР (-0,45), уникнення розумових зусиль (0,47), самообслуговування (-0,48), активне мовлення (-0,52), розуміння мови (-0,47), сидіння (0,51), прямоходіння (-0,46), емоції і соціальна поведінка (-0,48). Аналіз змінних, що ввійшли да даного фактору свідчить про те, що при низькому рівні психічного розвитку у дітей спостерігається затримка в розвитку мовлення та розуміння мови, затримка або відсутність навичок самообслуговування та затримка в розвитку соціальної взаємодії і емоційної сфери. Діти уникають будь-яких розумових зусиль, що, в свою чергу, ускладнює можливість розумового розвитку. Ми припускаємо, що саме в ситуаціях, коли дорослий намагається спонукати дитину до занять із розвитку певних навичок, вона може проявляти запальність чи негативізм. Зауважимо також, що при відсутності навичок прямоходіння, у дітей достатньо розвинені навички сидіння.

До складу останнього фактору (11,1%) ввійшли наступні змінні: сенсорний розвиток (0,51), конструктивна діяльність (0,45), навички (0,48), прямоходіння (-0,53), образотворча діяльність (0,48), самостійність (0,48), соціальний розвиток

RCDI (0,45), КПР (0,47), розуміння мови (0,45), активне мовлення (0,46). Як свідчать змінні, що ввійшли до даного фактору, навіть при суттєвих порушеннях рухової діяльності у дітей із ДЦП при належних умовах розвитку дитини та відсутності суттєвих порушень у психічному розвитку, її соціальний розвиток відповідає віковій нормі. Дитина, відповідно до своїх можливостей, оволодіває навичками конструктивної та образотворчої діяльності, у неї сформовані основні навички, що відповідають особливостям розвитку дитини даного віку. Варто також звернути увагу на достатній мовленнєвий розвиток та прагнення досліджуваних проявляти самостійність. Отримуючи достатню кількість стимулів із зовнішнього оточення, у дитини активно розвивається сенсорна сфера.

Наступний етап дослідження полягав у вивченні особливостей розвитку дітей віком від року до двох, що мають діагноз ДЦП та проживають в умовах інтернату. Для інтерпретації нами було відібрано три фактори, доля сукупної дисперсії яких складає 51,4%.

До складу першого фактору (19,7%) ввійшли такі змінні: зорово-орієнтовні реакції (-0,45) слухові орієнтовні реакції (-0,52), сенсорний розвиток (-0,48), прямоходіння (-0,47), сидіння (0,49), соціальний розвиток дитини (-0,48), емоційне відособлення (0,51), агресивність (0,47), самостійність (-0,46). Аналіз складових даного фактору, дає передумови для висновку, що у дітей, які проживають поза сім'єю може формуватися сенсорна депривація, внаслідок недостатньої взаємодії (або її відсутності) з оточуючими та певними стимулами зовнішнього світу. Так, для дітей даного віку за умови відсутності порушень у функціонуванні слухового і зорового аналізатора, не характерна відсутність зорових і слухових орієнтовних реакцій або зниження означених реакцій. У свою чергу відсутність або недостатня кількість сенсорних стимулів для дитини даного віку призводить до недостатнього розвитку сенсорної сфери. Варто також звернути увагу на те, що соціальний розвиток дітей, які проживають в умовах інтернату, часто не відповідає віковій нормі, у взаємодії з оточуючими вони

проявляють емоційне відособлення або ж агресивні реакції, у побуті не спостерігається намагання проявляти самостійність. Разом з тим, при відсутності навичок прямоходіння, у дітей достатньо добре розвинені навички сидіння.

Наступний фактор (16,9%) свідчить про те, що, на відміну від дітей, які проживають у сім'ї, діти з ДЦП, що перебувають в умовах інтернату, при достатньому рівні психічного розвитку, що відповідає віковій нормі, мають низький рівень розвитку або відсутність активного мовлення, при збереженні розуміння зверненої до них мови. Також варто звернути увагу на те, що емоційний і соціальний розвиток дітей також не відповідає віковій нормі. Крім того, в них повністю відсутні навички образотворчої, конструктивної діяльності та навички дій з предметами. Однак, саме такі види діяльності в даному віці можуть активно сприяти розвитку не лише сенсорної, але й розумової, емоційної та соціальної сфери дитини. Не можна лишити поза увагою й те, що часто діти проявляють тривожність, нерішучість та емоційне відособлення, що також може гальмувати розвиток дитини. На підтвердження наших висновків перерахуємо змінні, що ввійшли до даного фактору: КПР (0,46), розуміння мови (0,45), активне мовлення (-0,54), емоційне відособлення (0,49), тривожність (0,47), нерішучість (0,54), конструктивна діяльність (0,47), образотворча діяльність (0,51), емоції і соціальна поведінка (-0,49), дії з предметами (-0,46).

До складу третього фактору (14,8%) ввійшли такі змінні: рухи (-0,44), дрібна моторика (-0,46), КПР (-0,49), прямоходіння (-0,52), самостійність (-0,45), вміння та навички (-0,47), конфліктність (0,51), запальність (0,48), агресивність (0,52), страхи (0,44). Як свідчать результати, отримані в процесі дослідження, у дітей, що проживають в умовах інтернату не сформовані зовсім або не сформовані відповідно до норм вікового розвитку навички взаємодії з оточенням, навички охайності, харчової поведінки та самообслуговування. Також, спостерігається суттєва затримка моторного розвитку дитини. Варто також звернути увагу на те, що діти, які внаслідок захворювання не можуть повноцінно рухатися і не отримують постійної і достатньої допомоги з боку

дорослого, схильні до нестриманості та агресивності в контактах та стосунках з оточуючими, можуть проявляти конфліктні форми поведінки. За нашими підрахунками 27% від загальної кількості дітей, що ввійшли до даної групи, коефіцієнт психічного розвитку нижче 79 балів, що відображає наявність серйозних патологій у розвитку дитини.

Порівнюючи розвиток дітей другого року життя з ДЦП, що проживають у різних соціальних умовах, ми дійшли наступних висновків.

Діти, що проживають в умовах сім'ї, мають достатній сенсорний та соціальний розвиток, що найчастіше відповідає віковій нормі, у той час, як відсутність або не достатня кількість сенсорних стимулів для дитини, що проживає в умовах інтернату призводить до недостатнього розвитку сенсорної сфери. Соціальний розвиток даної групи дітей найчастіше не відповідає віковій нормі, у взаємодії з оточуючими вони проявляють емоційне відособлення або ж агресивні реакції, у побуті не спостерігається намагання проявляти самостійність. Діти, які проживають з батьками, активно використовують при взаємодії мовлення та проявляють розуміння зверненої мови на відміну від свої ровесників, що не проживають сім'ї. У цих дітей при достатньому рівні психічного розвитку, що відповідає віковій нормі, низький рівень розвитку або відсутність активного мовлення, при збереженні розуміння зверненої до них мови.

Дитина, що проживає в сім'ї, оволодіває навичками конструктивної та образотворчої діяльності, до чого її спонукають і в чому допомагають батьки. У неї формуються основні навички, що відповідають особливостям розвитку дитини даного віку. У більшості дітей, що вимушені знаходитися в умовах інтернату, не сформовані навички взаємодії з оточенням, навички охайності, харчової поведінки та самообслуговування. Також спостерігається суттєва затримка моторного розвитку дитини.

Таким чином, різниця між розвитком дітей, що знаходяться в різних соціальних умовах (зокрема, в сім'ї та поза її межами) із часом лише

поглиблюється, оскільки внаслідок недостатньої взаємодії (або її відсутності) з оточуючими світу дитина не отримує достатню кількість стимулів для розвитку. Ми припускаємо, що у дітей з діагнозом ДЦП, які перебувають в умовах інтернату, може формуватися і розвиватися комунікативна депривація (як наслідок недостатньої взаємодії із дорослими) та сенсорна депривація (як наслідок недостатньої взаємодії або відсутності такої взаємодії зі стимулами зовнішнього світу). Ми також робимо припущення, що не залежно від того, в яких умовах проживає дитина, у великої кількості дітей з ДЦП може розвиватися рухова депривація. Про це можуть свідчити наявність у дітей тривожності, нерішучості, певних страхів, які, знову ж таки, властиві дітям не залежно від умов проживання.

Завершуючи дослідження особливостей перебігу госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, детально зупинимося на третьому році життя дитини.

Третій рік життя є переломним у розвитку дитини. У період від двох до трьох років відбувається інтенсивний розвиток розуміння мови. Активна мова дитини розвивається через наслідування дорослого. При достатньому рівні розвитку мови, діти дворічного віку вже використовують у мовленні речення із двох-трьох слів. Відбувається швидке збільшення словникового запасу, дитина поступово починає оволодівати граматичною будовою мови. Крім того, мова стає, крім засобу спілкування з оточуючими, регулятором поведінки дитини.

У цьому віці продовжують активно розвиватись психічні процеси, зокрема, такі, як сприйняття, відчуття, пам’ять, мислення, увага. На даному віковому етапі відбувається подальший розвиток наочно-дієвого мислення, формуються елементарні мовленнєві судження про навколишній світ. Удосконалюється та урізноманітнюється діяльність, з’являються навички образотворчої та конструктивної діяльності, формуються нові потреби та інтереси.

Дітям цього періоду властиві активні дії, які вони все частіше намагаються виконати без допомоги дорослого, проявляючи таким чином перші прості форми

виявлення самостійності. Саме в цей період з'являється перше усвідомлення власного «Я».

Однак, наявність у дитини діагнозу «дитячий церебральний параліч» є одним із тяжких порушень психофізичного розвитку, яке проявляється не лише в порушенні рухових функцій, але часто поєднується з розладами мовлення, ускладненням в формуванні особистості, зниженням інтелекту. Як свідчать наші попередні дослідження ситуація ускладнюється, якщо така дитина перебуває в умовах дитячого будинку-інтернату. Тому, подальше дослідження було зосереджено на дітях з ДЦП віком від двох до трьох років, які проживають поза сім'єю.

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), скутість (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. Даний показник, за визначенням О. Чеботарьової та В. Майданником обчислюється відповідно формулі :

$$QD = ВПР \bullet 100/КВ$$

де ВПР — вік психічного розвитку; КВ — календарний (хронологічний) вік дитини.

Календарний (хронологічний) вік — це реальний вік дитини на момент обстеження, який визначається різницею між датами народження і дослідження.

Психічний вік (вік психічного розвитку) відображає рівень психічного розвитку дитини і визначається здатністю при дослідженні виконувати певні навички, характерні для даного вікового мікроперіоду. Для оцінювання величини коефіцієнта QD користуються шкалою, яку запропонував D.WechsIer (1965) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Шкала оцінки рівня психічного розвитку дитини

Величина QD	**Класифікація**
130 і більше	Дуже високий розвиток
120-129	Високий розвиток
111-120	Нормальний високий розвиток
90-110	Середній нормальний розвиток
80-89	Слабкий нормальний розвиток
70-79	Межові випадки
69 і менше	Дебільність

Для першого року нормою розвитку дитини вважають оволодіння нею уміннями та навичками в межах ±15 днів від хронологічного(паспортного) віку. Раннім або прискореним розвиток визначають тоді, якщо дитина оволоділа уміннями у більш ранні вікові межі (більш ніж на 15 днів). Уповільнений розвиток або затримка в розвитку – якщо у формуванні умінь відбулося у більш пізні вікові межі, тобто більш ніж 15 днів (епікризовий термін).

Для другого року життя за нормальний розвиток вважають формування умінь та навичок у межах кварталу (епікризовий термін).

На третьому році життя за нормальний розвиток вважають формування умінь та навичок у межах півріччя (епікризовий термін) [125, с. 110–111].

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 скутість. 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 фактору (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), скутість (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), застрягання (0,43), емоційна нестійкість (0,42), емоційне відособлення (0,42), КПР (-0,47).

Змінні, що ввійшли до даного фактору свідчать про те, 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. Несформовані 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, появі 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, підозрілості, пригніченості, апатії, депресії, підвищеної агресивності, неадекватної самооцінки, невпевненості у собі тощо.

Останній фактор (11,8%), на якому, на наш погляд, необхідно зупинитися, дає підстави для висновків про те, що діти з ДЦП переживають серйозну рухову депривацію, оскільки більшість із 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 виокремлено від розвитку рухових та моторних навичок дитини. Варто наголосити, що всі види депривації, які дитина раннього віку з ДЦП переживає , в своїй сукупності і є складовими синдрому госпіталізму.

Змінні, що ввійшли до даного фактору підтверджують наші висновки: прямоходіння (-0,53), самостійність (-0,44), дрібна моторика (-0,41), рухи (-0,43), КПР (-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 цієї групи, до кінця вікового періоду раннього віку несформовані 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.

На другому етапі факторного аналізу були проаналізовані дані, отримані в процесі дослідження дітей з ДЦП віком від двох до трьох років, що проживають у сім’ї.

Для подальшої інтерпретації було відібрано чотири фактори, доля сукупної дисперсії якої складає 57,4%. До складу першого фактору (17,6%) ввійшли наступні змінні: соціальний розвиток (0,64), самообслуговування (0,63), розвиток мови (0,53), розуміння мови (0,52), КПР (0,68), тривожність (-0,47),

емоційна відособленість (-0,48), емоційна нестійкість (-0,49), прямоходіння (0,51), перцепція (0,48), вміння та навички (0,43), моторика (0,52), страхи (-0,43).

Змінні, що ввійшли до даного фактору свідчать, що при достатньому рівні розумового розвитку дітей та при належних умовах, спрямованих на розвиток дитини з ДЦП, які створюють батьки у сім'ї, діти віком від двох до трьох років мають достатній рівень розвитку мовлення та розуміння мови. Крім того, на достатньому рівні у дітей даної групи розвинута моторика та навички самообслуговування. Також, на відміну від їх ровесників з діагнозом ДЦП, у дітей даної групи розвинуті навички прямоходіння та вміння та навички, що наближаються до вікової норми. Їх соціальний розвиток відповідає нормі, або ж максимально наближений до вікової норми. За таких умов розвитку діти з ДЦП проявляють емоційну стабільність, у них відсутня тривожність та не проявляються страхи. Таким чином, створення сприятливих умов для оптимального психічного і фізичного розвитку можна говорити про підвищення функціональних і адаптивних можливостей у дітей з ДЦП, а також підвищення їх розумової активності. Даний фактор отримав назву «умови сприятливого розвитку дітей з ДЦП». Досліджуючи групу дітей, що проживають поза сім'єю, ми не спостерігали позитивної тенденції розвитку функціональних та адаптивних можливостей дітей з ДЦП.

Наступний фактор «емоційна нестійкість» (15,8%) підтверджує наші припущення щодо необхідності створення сприятливих умов для розвитку дітей з ДЦП. До складу даного фактору ввійшли змінні: прямоходіння (-0,48), самостійність (-0,44), дрібна моторика (-0,47), агресивність (0,61), негативізм (0,59), запальність (0,51), емоційна нестійкість (0,62), уникнення розумових зусиль (0,51), соціальний розвиток (-0,42), дефіцит уваги (0,51), КПР (-0,47), моторика (-0,43).

При відставанні у психічному розвитку та відсутності прямоходіння дітей з ДЦП проявляється емоційна нестійкість. Крім того вони схильні до прояву агресивності, запальності та негативізму по відношенню до оточуючих. У даної

групи дітей також не розвинуті навички самостійності, що також може провокувати прояви емоційної нестійкості особливо в побуті. Розвиток самостійності в даному віці тісно пов'язаний з розвитком дрібної моторики та рухової сфери загалом. Як свідчать змінні, що ввійшли до даного фактору, у досліджуваних дана сфера нерозвинена або розвинена не достатньо. Слід звернути увагу, що дана група дітей уникає розумових зусиль, що також перешкоджає їх подальшому розвитку. Внаслідок перерахованих особливостей їх соціальний розвиток не відповідає віковій нормі. На наш погляд, в даному випадку можна говорити про прояви рухової депривації у дітей. Однак, на відміну від дітей, що проживають поза сім'єю, при наявності рухової депривації у них відсутні страхи та прояви конфліктності. У даному випадку ми говоримо про емоційну нестабільність дитини.

До складу третього фактору (13,7%) ввійшли наступні змінні: страхи (- 0,65), нерішучість (-0,57), тривожність (-0,54), дефіцит уваги (0,47), рухова розгальмованість (0,59), мовна розгальмованість (0,51), демонстративність (0,52), запальність (0,49), КПР (0,51), вміння та навички (-0,44), прямоходіння (- 0,45), розуміння мови (0,44).

Ми припускаємо, що змінні, які ввійшли до даного фактору, також свідчать про наявність рухової депривації у дітей. Зокрема, при достатньому рівні психічного розвитку і одночасно наявності труднощів, що виникають при прямоходінні, у дітей проявляється підвищений рівень тривожності, нерішучість та страхи. Разом з тим, спостерігаємо такі прояви, як синдром дефіциту уваги, мовна та рухова розгальмованість. Дитина здійснює багато зайвих рухів; швидко збуджується і повільно заспокоюється після гри; має швидкий темп мовлення і часто не договорює фрази до кінця; може не розуміти складних словесних конструкцій; має труднощі в концентрації уваги; увага, як правило, нестійка. Перераховані особливості можуть свідчити про певні прояви синдрому гіперактивності. Обмеженість дитини із ДЦП у руховій діяльності лише ускладнює ситуацію. В особистісній сфері це, з одного боку, проявляється в

нерішучості та тривожності, а з іншого – в демонстративності та запальності дитини. У соціальному та інтелектуальному розвитку у даної групи дітей спостерігаються труднощі в оволодінні певними уміннями та навичками.

Змінні, що ввійшли до останнього фактору (10,3%), на наш погляд, свідчать про наявність сенсорної депривації. Зокрема, у дітей погано розвинута або не розвинута дрібна моторика та загальні рухи, не розвинуте розуміння мови та активна мова, не достатньо розвинуте сприйняття. Недостатній розвиток даних сфер ускладнює взаємодію дитини із соціумом, не дає можливості отримати стимули різної модальності для її успішного розвитку. Крім того, діти схильні до прояву емоційного відособлення, яке проявляється в уникненні контактів із соціумом. Для підтвердження нашої думки наведемо змінні, що ввійшли до даного фактору: розуміння мови (-0,44), активна мова (-0,51), дрібна моторика (-0,49), соціальний розвиток (-0,46), емоційне відособлення (0,47), КПР (-0,48), нерішучість (0,44), загальмованість (0,48), моторика (-0,43), перцепція (-0,47). Зауважимо також, що перераховані особливості взаємодії дитини із соціумом супроводжуються її недостатнім психічним розвитком та проявами нерішучості та загальмованості в особистісному розвитку. Дитина може відмовлятися від гри, уникати ситуацій спілкування, проявляти нерішучість та скутість у будь-якому виді діяльності, що також гальмує її розвиток. Варто також звернути увагу на те, що соціальний розвиток дитини також не відповідає віковій нормі. Дану ситуацію розвитку дитини можна пов’язати з особливостями взаємодії членів сім’ї з дитиною з ДЦП. Можливо, більше уваги надається стану здоров’я дитини, і менше уваги звертається на її психічний розвиток. На відміну від дітей, що проживають поза сім’єю, і мають прояви сенсорної депривації у дітей, що проживають у сім’ї, не спостерігаються прояви емоційної нестійкості та збережені зорові та слухові реакції.

Таким чином, у дітей із ДЦП віком від двох до трьох років, що проживають у сім’ї, також спостерігаються прояви госпіталізму, про що свідчить наявність рухової та сенсорної депривації. Але варто звернути увагу на те, що у даної групи

дітей відсутні прояви комунікативної та емоційної депривації, що дає надію на те, що при налагодженні ефективної взаємодії дорослих із дитиною з ДЦП можна уникнути появи синдрому госпіталізму. Спираючись на результати проведеного дослідження, ми припускаємо, що у дітей раннього віку з ДЦП на різних етапах вікового розвитку спостерігаються прояви синдрому госпіталізму. Вони можуть проявлятися у формі рухової, сенсорної, комунікативної чи емоційної депривації. На певних етапах розвитку, зокрема, у віці від народження до року, це можуть бути лише окремі ознаки, що з віком або поглиблюються та ускладнюються або, завдяки цілеспрямованій роботі дорослих, поступово зникають.

На підтвердження чи спростування даного припущення була застосована процедура факторного аналізу стосовно всіх даних, отриманих в процесі проведеного дослідження. Для інтерпретації було відібрано п’ять факторів, доля сукупної дисперсії яких складає 66,7%.

До складу першого фактору «рухова депривація» ввійшли наступні змінні: конструктивна діяльність (-0,51), образотворча діяльність (-0,47), навички (- 0,48), активне мовлення (-0,46), сенсорний розвиток (-0,52), соціальний розвиток (-0,54), коефіцієнт психічного розвитку (-0,52), розуміння мови (-0,51), нерішучість (0,47), тривожність (0,52), прямоходіння (-0,53) уникнення розумових зусиль (0,45), самостійність (-0,54), самообслуговування (-0,49).

Аналізуючи отримані результати, ми дійшли наступних висновків. У дітей раннього віку з діагнозом ДЦП, внаслідок хвороби порушений моторний розвиток, спостерігається порушення в оволодінні навичками, що відповідають віковому розвитку дитини. Все це в свою чергу може призвести до суттєвих труднощів в оволодінні навичками конструктивної та образотворчої діяльності, що на даному віковому етапі впливають на загальний розвиток дитини. Наше припущення підтверджується низьким розвитком активного мовлення та розуміння мови. В свою чергу, недостатній розвиток мови гальмує соціальний розвиток дитини. Діти, в яких спостерігаються прояви рухової депривації, мають

недостатній інтелектуальний розвиток, що може бути не лише наслідком ураження мозкових структур внаслідок захворювання, але й обумовлюватися вимушеною ізоляцією дитини, що в свою чергу гальмує розвиток мислиневих операцій. В свою чергу порушення мови також призводять до недостатнього розвитку мислення. У дітей спостерігається несформованість знань про довкілля, обмежений досвід контактування з різними предметами, формами, діти не проявляють інтересу до освоєння навколишнього світу. Варто також звернути увагу на особистісні прояви дітей із ДЦП, в яких спостерігаються прояви рухової депривації. Зокрема, дані досліджувані за спостереженнями дорослих проявляють тривожність та нерішучість, страх всього невідомого. На нашу думку, якщо не проводити систематичну профілактичну та психокорекційну роботу, перераховані прояви у дітей із руховою депривацією стануть передумовою формування особистісних рис, суттєвої затримки в психічному та соціальному розвитку, що, в свою чергу, ускладнить соціалізацію дитини. Даний фактор у нашому дослідженні було визначено як моторно-руховий варіант перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП.

Другий фактор отримав назву «сенсорна депривація». До складу даного фактора ввійшли наступні змінні: затримка розвитку здатності до сприйняття (0,56), зорово-орієнтовні реакції (-0,46), слухові орієнтовні реакції (-0,51), сенсорний розвиток дитини (-0,48), соціальний розвиток дитини (-0,51), коефіцієнт психічного розвитку (0,45), уникнення розумових зусиль (0,44), дефіцит уваги (0,47), агресивність (0,46), негативізм (0,48), конфліктність (-0,49), емоційна нестійкість (0,46), запальність (0,52).

Змінні, що ввійшли до даного фактору, дають підстави для наступних висновків. Сенсорна депривація у дітей з ДЦП не залежно від соціальних умов, в яких перебуває дитина, виникає внаслідок недостатності сенсорних стимулів, які дитина раннього віку отримує з оточення. Оскільки у дітей з ДЦП суттєво обмежена рухова активність, то такі стимули найчастіше забезпечують дорослі, які оточують дитину. Однак, саме розвиток сенсорної системи у ранньому

закладає підґрунтя не лише для подальшого пізнавального розвитку дитини, але й суттєво впливає на розвиток мовлення та формування певних поведінкових характеристик. Зокрема, за результатами нашого дослідження, діти, у яких спостерігається сенсорна депривація, вже на даному етапі розвитку мають дефіцит уваги, їм складно на чомусь зосередитися. Можливо, саме з цим пов'язано уникнення досліджуваними будь-яких розумових зусиль. Однак, зауважимо, що коефіцієнт психічного розвитку дітей знаходиться в межах вікової норми, що, на наш погляд, відкриває можливості для ефективної психокорекційної роботи. У той же час недостатність сенсорних стимулів гальмує соціальний розвиток дитини, який, за результатами наших досліджень, може відставати на кілька епікризних термінів. Стосовно поведінкових проявів, то у досліджуваних даної групи спостерігається хронічне психоемоційне напруження, емоційна нестійкість, підвищена вразливість, що іноді проявляється в негативізмі, запальності та агресивних проявах, ворожість до інших, підозрілість. При цьому агресивні прояви можуть бути спрямовані як на оточення, так і на самого себе. На нашу думку, з дітьми, в яких спостерігається сенсорна депривація до системи психокорекційної роботи доцільно було б включити комплекс вправ із сенсорної інтеграції. Даний варіант перебігу синдрому госпіталізму було визначено як «невротичний».

До складу третього фактору ввійшли змінні, що дають підстави говорити про наявність у дітей раннього віку з діагнозом ДЦП комунікативної депривації. Зокрема, до фактору «комунікативна депривація» ввійшли змінні: емоційне відособлення (0,49), застрягання (0,51), нерішучість (0,46), підготовчі етапи розвитку розуміння мови (-0,54), розуміння мови (-0,49), підготовчі етапи розвитку активної мови (-0,51), активна мова (-0,52), тривожність (0,48), затримка розвитку мовлення (0,48). Уже в перші два місяці життя у дитини з'являється потреба в емоційному спілкуванні з дорослим, вона може зосереджуватися на звуках його голосу, до трьох місяців дитина вже починає виражати емоції за допомогою звуків. У віці шести місяців інтонацією голосу

дитина, за умови розвитку, що відповідає віковій нормі, може передавати свій настрій, виражати самопочуття. До дев'яти місяців діти розуміють найпростіші слова, а до року - прості звернення до них дорослого. Однак, щоб підготовчі етапи розвитку і розуміння мови пройшли успішно, необхідна активна участь дорослого. Як свідчать результати нашого дослідження, на підготовчих етапах розвитку мови і мовлення дітей з ДЦП виникають суттєві ускладнення, що в свою чергу призводять до затримки в розвитку мовлення. Зокрема, спостерігається затримка на підготовчих етапах розвитку розуміння мови та розвитку активної мови, що з віком переростає в затримку розвитку мови та мовлення в цілому. Неможливість ефективного емоційного спілкування, вираження власних потреб за допомогою мовлення може стати причиною певних поведінкових розладів. Зокрема, дитина може проявляти емоційне відособлення, що не характерно для даного віку. Крім того, спостерігаються прояви тривожності та нерішучості, пригніченість, плач, депресивний настрій, не відповідна адаптація до середовища закладу (лікарні, дитячого будинку тощо), регресія, монотонні стереотипні рухи. Зауважимо, що тривалі негативні переживання та емоції дезорганізують психічну діяльність дитини раннього віку і можуть суттєво впливати на її подальший розвиток.

З метою уникнення можливості появи у дітей з ДЦП комунікативної депривації, на наш погляд, доцільно проводити з батьками або особами, які на даному етапі оточують дитину, психопрофілактичну роботу, спрямовану на розвиток навичок ефективної взаємодії з дитиною. Даний варіант перебігу синдрому госпіталізму отримав назву «депресивний».

Четвертий фактор отримав назву «емоційна депривація», оскільки потреба дитини раннього віку в емоційному контакті з дорослими є провідною потребою, яка обумовлює її психічний розвиток. Діти, що знаходяться в стані емоційної депривації, переживають широкий спектр негативних емоційних станів, що підтверджують змінні, які ввійшли до даного фактору. Зокрема, емоційне відособлення (0,53), скутість (0,45), загальмованість (0,51), емоційна нестійкість

(0,48), страхи (0,47), тривожність (0,48), агресивність (0,45), уникнення розумових зусиль (0,47), активна мова (-0,51), затримка соціального розвитку (0,45), самостійність (-0,46), вміння та навички (-0,48). Відсутність постійної підтримки з боку дорослого, особливо за умови перебування дитини поза сім'єю, недостатній емоційний контакт з дитиною обумовлюють появу почуття незахищеності у дитини раннього віку. Зрозуміло, що в даному віці це почуття неусвідомлене, однак може спровокувати появу ранніх страхів, підвищеної тривожності, емоційної нестійкості, бідна гама емоцій, знижений емоційний фон, одноманітність емоційно-експресивних засобів спілкування тощо. Крім того, дитина може закриватися від навколишнього світу, проявляючи скутість, агресивність, певну загальмованість. Недостатній розвиток емоційної сфери, у свою чергу, гальмує загальний розвиток дитини з ДЦП. Зокрема, спостерігається уникнення розумових зусиль, затримка соціального розвитку та недостатній розвиток мови. Крім того, внаслідок хвороби діти на кілька епікризних термінів можуть відставати в розвитку вмінь та навичок та розвитку самостійності.

З метою запобігання появи у дітей з ДЦП ознак емоційної депривації, з нашої точки зору, насамперед, необхідна систематична робота з батьками та дорослими, які оточують дитину. Данний варіант перебігу синдрому госпіталізму отримав назву – тривожний.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують наявність у дітей раннього віку з ДЦП емоційної, рухової, сенсорної та комунікативної депривації, що дало змогу визначити наступні варіанти перебігу синдрому госпіталізму: тривожний, моторно-руховий, невротичний, депресивний. Запобігання та подолання означених варіантів перебігу синдрому госпіталізму потребує розробки і запровадження в практику психопрофілактичної та психокорекційної роботи з боку психологічної служби.

Висновки до другого розділу

1. Розроблено і обґрунтовано програму дослідження проявів госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП. Здійснено теоретико-методологічний і статистичний аналізи результатів емпіричного вивчення проявів госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

2. Досліджено вікові особливості прояву госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, які проживають у сім'ї та поза її межами. Зокрема, у дітей з дитячим ДЦП, які проживають поза сім'єю, найбільші проблеми виявлені в мовленнєвому, моторному розвитку, а також в розвитку емоційної сфери та соціальної взаємодії. В той же час, у дітей, які проживають у сім'ї, найбільш суттєві відхилення в розвитку спостерігаються в емоційній та моторній сфері.

3. Доведено, що різниця між розвитком дітей із ДЦП, які знаходяться в різних соціальних умовах (зокрема, в сім'ї та поза її межами) з часом поглиблюється, проявляючись в синдромі госпіталізму. Про наявність даного синдрому свідчать прояви у дітей рухової, сенсорної, комунікативної та емоційної депривації, що підтверджено результатами проведеного дослідження.

4. Досліджено і виділено варіанти перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем, про наявність яких свідчать рухова, сенсорна, емоційна та комунікативна депривація, а саме: невротичний, депресивний, тривожний, моторно-руховий.

5. Виявлено основні характеристики означених варіантів перебігу синдрому госпіталізму, що дає змогу розробити ефективну психопрофілактичну та психокорекційну роботу, спрямовану на їх уникнення та подолання. Про наявність депресивного варіанту перебігусиндрому госпіталізму свідчать переживання дитиною негативних емоційних станів (пригніченість, плач, депресивний настрій, емоційне відособлення, застрягання, нерішучість, тривожність), суттєва затримка в розвитку мови і мовлення, не відповідна адаптація до середовища закладу (лікарня, будинок дитини тощо), регресія,

монотонні стеріотипні рухи. Психологічними маркерами тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку є переживання негативних емоційних станів (емоційне відособлення, скутість, загальмованість, емоційна нестійкість, поява ранніх страхів, тривожність, агресивність,), бідна гама емоцій, знижений фон настрою, одноманітність емоційно-експресивних засобів спілкування та затримка соціального розвитку, навичок самостійності, розвитку вмінь та навичок, що відповідають вікові, уникнення дитиною розумових зусиль та недостатній розвиток мови. Невротичний варіант перебігу синдрому госпіталізму виникає за умови недостатнього сенсорного та соціального розвитку дитини та переживання нею негативних емоційних станів (агресивність, негативізм, конфліктність, емоційна нестійкість, запальність, ворожість до інших, підозрілість, хронічне психоемоційне напруження.) Маркерами моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму є наявність негативних емоційних станів (нерішучість, тривожність, страх всього невідомого), обмежений досвід контактування з різними предметами, формами, відсутність інтересу до освоєння навколишнього світу, порушення в оволодінні навичками, що відповідають віковому розвитку дитини, труднощі в оволодінні навичками конструктивної та образотворчої діяльності, низький рівень розвитку активного мовлення та розуміння мови, недостатній соціальний розвиток.

6. Досліджено особливості реагування батьків на фізичний, мовленнєвий чи психічний дефект дитини з діагнозом «дитячий церебральний параліч», що дає підстави стверджувати про необхідність долучення батьків, які виховують дітей із ДЦП, до профілактичної роботи щодо попередження появи синдрому госпіталізму із зазначеною категорією дітей.

РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ДЦП

У розділі обґрунтовано актуальність профілактичної роботи з дітьми раннього віку з діагнозом ДЦП. Розроблено систему профілактики різних варіантів перебігу синдрому госпіталізму. у дітей раннього віку з ДЦП. Доведено ефективність профілактичної роботи, що спрямована на попередження синдрому госпіталізму у дітей.

3.1 Особливості профілактичної роботи з дітьми в умовах госпіталізму

Дослідження, проведене нами у попередньому розділі, довело, що у дітей раннього віку з ДЦП спостерігаються прояви синдрому госпіталізму. Про наявність даного синдрому у дітей свідчать ознаки рухової, сенсорної, комунікативної та емоційної депривації, які є складовими даного синдрому. Зважаючи на визначені особливості виникнення, формування синдрому госпіталізму та важкі наслідки у дітей саме раннього віку з ДЦП, надзвичайно важливим завданням психолого-педагогічної науки і практики є розробка заходів попередження та профілактики даного синдрому, оскільки своєчасно проведена профілактична робота дасть змогу попередити виникнення вторинних порушень, знизити рівень соціальної дезадаптації дітей, а також досягати максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку. Отже, завданням психолого-педагогічної науки є недопущення появи даного синдрому у дітей. Реалізація даного завдання можлива лише через проведення своєчасних та ефективних заходів щодо профілактики виникнення даного синдрому у дітей раннього віку з ДЦП.

Також, вистановлені в нашому дослідженні основні ознаки перебігу синдрому госпіталізму у дітей дають змогу розробити систему профілактики, враховуючи особливості перебігу того чи іншого варіанту синдрому госпіталізму.

Актуальність профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП пов'язується, насамперед, із важкими наслідками синдрому госпіталізму та тривожною тенденцією загального зниження народжуваності здорових дітей у сучасному суспільстві. Зважаючи на значний відсоток дітей, які народжуються з ДЦП, сучасна психолого-педагогічна наука багато уваги приділяє вивченню причин його виникнення, різних форм надання допомоги, психологічного супроводу розвитку дитини та її сім'ї, яка стикнулась із проблемою виховання дитини, що має особливі потреби і порушення психофізичного розвитку. Особливу увагу слід приділити первинній профілактиці, оскільки вона є найбільш ефективною. Зусилля первинної профілактики спрямовані не стільки на попередження хвороби, скільки на формування здорового способу життя дітей.

Згідно з методичними рекомендаціями щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя для забезпечення розвитку дитини, рекомендується надавати міждисциплінарну, сімейно-центровану комплексну послугу, яка поєднує медичну, психологічну, соціальну та освітню складові, спрямовується на раннє виявлення та профілактику порушень у дітей, покращення їхнього розвитку, підвищення якості їхнього життя, супровід і підтримку сімей з дітьми, у яких виявлено порушення розвитку.

Вивчення профілактики, як системи заходів із попередження різних негативних явищ і процесів, здійснюється багатьма науковцями у галузі психології, педагогіки, соціології, медицини тощо. На думку Т. Журавель, профілактика, у загальному значенні, визначається як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку

психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву, а також заходи, спрямовані на попередження переходу хвороби у її хронічні форми [41, с. 86].

Разом із тим, О. Чеботарьова та І. Гладченко [124] у своїх працях акцентують увагу, що корекційно-розвивальна робота з дітьми із порушеннями опорно-рухового апарату, насамперед, повинна бути спрямована на розвиток рухової, пізнавальної, емоційно-вольової сфери, мовленнєвої та комунікативної діяльності, а також особистості дитини загалом. Даний напрямок роботи з дітьми з ДЦП ефективний лише в інтегрованому і комплексному його використанні.

Зміст роботи передбачає тривалу і послідовну допомогу фахівців і батьків в усуненні рухових, інтелектуальних, мовленнєвих, поведінкових порушень із урахуванням специфіки соматичного, неврологічного і психічного стану дитини, а також індивідуальних особливостей.

На думку авторів, корекційно-розвивальна програма має блочну структуру і передбачає:

- розвиток і корекцію рухової сфери;
- розвиток сенсорних функцій;
- розвиток пізнавальної діяльності;
- корекцію мовленнєвого розвитку;
- психокорекцію особистісного розвитку дитини.

Однак, при визначенні змісту профілактичних та розвивальних програм зі дітьми з ДЦП необхідно враховувати вікові особливості розвитку дитини раннього віку. Аналізуючи літературу з даної проблеми, ми дійшли висновку, що важливими напрямами роботи на першому році життя є: підготовка дитини до формування у неї вміння розуміти звернену до неї мову; розвиток голосових реакцій і мовленнєвої активності; розвиток функціональних можливостей кистей і пальців рук; розвиток функції хапання; розвиток слухового сприймання; стимуляція емоційних реакцій.

Підготовка дитини до формування зверненого до неї мовлення починається з розвитку сприйняття різних інтонацій голосу дорослого. Однак, необхідно спонукати дитину не лише на сприймання різних інтонацій голосу дорослого, але й адекватної реакції на них (сміх, посмішка, плач тощо). При розвитку розуміння зверненого до дитини мовлення, доцільно звернути увагу на розвиток таких вмінь, як: запам'ятовування назв іграшок, оточуючих предметів і людей, знаходження їх на прохання дорослого; запам'ятовування назв простих рухів (дай, на, візьми, до побачення тощо) і виконання цих рухів на прохання дорослого; розвиток уявлень про функціональне призначення предмета та відповідних дій із ними; співвідношення іграшок і предметів оточуючої дійсності з їхнім зображенням на картинці; ознайомлення дитини з різними якостями і властивостями предметів. Важливим при розвитку мовлення дитини першого року життя з діагнозом ДЦП є стимулювання мовленнєвої активності та голосових реакцій.

Спрямовуючи профілактичну роботу на стимуляцію емоційних реакцій, варто звернути увагу на особливості розвитку дітей з ДЦП. Зокрема, у немовлят з даним діагнозом слабо виражений, а в деяких випадках відсутній комплекс пожвавлення (навіть при появі матері, на її голос чи посмішку). Крім того, у дітей з ДЦП можуть бути наявні різноманітні розлади емоційно-вольової сфери, які проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, роздратованості, рухової розгальмованості тощо. Постійна стимуляція емоційних реакцій з боку дорослого спонукає дитину до емоційних реакцій у відповідь у вигляді мімічних і наслідувальних реакцій.

У дітей з ДЦП у віці до трьох років формуються ті ж мотиви і форми спілкування, що і в здорових дітей. Однак, потреба у спілкуванні виражена менш інтенсивно. Це можна пояснити слабкою пізнавальною активністю дітей, що обумовлена сенсомоторною недостатністю і соціальною ізоляцією в домашніх умовах або в умовах спеціальних лікувальних закладів. Відставання в розвитку

також пов’язано з недостатньою комунікативною активністю дитини з ДЦП і недостатнім розвиток моторної сфери.

Функцію хапання починають розвивати з періоду новонародженості. Спочатку дитині вкладають у руки іграшку. Предмети, які вкладають в руку дитині, повинні бути різними за формою, величиною, вагою, температурою. Це спряє розвитку можливості розрізняти предмети на дотик. Крім того, предмети повинні бути зручними для захвату й утримання. На наступному етапі дитину заохочують тягнутися до яскравих предметів.

Розвиваючи функціональні можливості зап’ястя і пальців рук у дитини з ДЦП спочатку необхідно досягнути нормалізації м’язового тонусу верхніх кінцівок. Далі доцільно використовувати наступні вправи: погладжувальні, розминаючі рухи від кінчика пальця до його основи; поплескування, поколювання кінчиків пальців, а також ділянок між пальцями; погладжування і поплескування поверхня кисті і руки від пальців до ліктя; поплескування кистю дитини по руці дорослого, по м’яким і твердим поверхням; колові повороти кисті; відведення кисті вправо-вліво; почергове розгинання і згинання пальців; протиставлення великого пальця іншим (кільце із пальців).

Аналізуючи Програму розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, рекомендовану Міністерством освіти і науки України [88], звернемо увагу на пріоритетні напрямки роботи з дітьми з ДЦП, починаючи від дворічного віку. Зокрема, на даному етапі розвитку важливого значення набувають: тренування вестибулярного апарату та пропріоцептивної сфери; розвиток здатності до сенсорної інтеграції; формування функціональних можливостей зап’ястя і пальців рук; розвиток зорово–моторної координації; розвиток навичок охайності та самообслуговування; формування предметної та предметно-ігрової діяльності (використання предметів за їх функціональним призначенням); здатності довільно включатись у діяльність; формування наочно–дійового мислення; довільної, стійкої уваги; формування усіх форм немовленнєвої комунікації – міміки, жесту та інтонації); розвиток знань і уявлень

про довкілля (з узагальнюючою функцією слова); стимуляція сенсорної активності (зорового, слухового, кінестетичного сприймання); формування мовленнєвого і предметно–практичного спілкування з оточуючими (розвиток розуміння зверненого мовлення, активізація власної мовленнєвої активності.

Варто також зауважити, що дослідження Л. О. Бадаляна, Є. М. Мастюкової, К. А. Семенової та інш. дають підстави стверджувати, що за умови ранньої діагностики (не пізніше 4–6-місячного віку дитини) і раннього початку систематичного медико-психологічного впливу практичне видужування і нормалізація різних функцій у дітей з ДЦП можуть бути досягнуті в 60–70% випадків біля 2–3-річного віку. У випадку пізнього виявлення дітей з перинатальною патологією і відсутністю адекватної профілактичної та корекційно-розвивальної роботи виникнення тяжких рухових психічних і мовленнєвих порушень є більш вірогідним.

Маючи на увазі ранній початок систематичного психологічного впливу на розвиток дитини з ДЦП, звернемося до досліджень В. Тарасун. Авторка зауважує, що в результаті проведення спеціальних досліджень доведено, що в домовленнєвий період дитини з ДЦП основними напрямами профілактичної та корекційно-розвивальної роботи повинні бути:

- розвиток емоційного спілкування з дорослим шляхом стимуляції «комплексу пожвавлення», що включає спілкування і практичну співпрацю дитини з дорослим;
- розвиток сенсорних процесів: зорового і слухового зосередження, локалізації звуку, рухово-кінестетичних відчуттів (спочатку стимулюються зорова фіксація на обличчі дорослого та на іграшці, потім формується плавність слідкування в горизонтальній і вертикальних площинах, стійкість фіксації погляду при зміні положення голови і тулуба, а на більш пізніх етапах домовленнєвого розвитку необхідне відпрацювання зорових диференціацій);

- розвиток сприйняття дитиною різноманітних інтонацій голосу дорослого і вміння адекватно реагувати на них (посмішка, сміх або образа, плач) як підготовчого етапу формування розуміння мовлення;
- формування мімічних, голосових, звуковимовних реакцій, відпрацювання і закріплення навичок довільного вимовляння складів, складових комплексів, полегшених слів;
- формування в дітей рухів рук і дій з предметами необхідно здійснювати з урахуванням етапів становлення моторики кисті і пальців рук: опора на зап'ястя, здійснення довільного захвату предметів долонею, включення захвату пальцями, протиставлення пальців, поступове ускладнення маніпуляції і предметних дій, диференційовані рухи пальців рук, досягаючи при цьому нормалізації м'язового тонусу верхніх кінцівок тіла дитини;
- з одного року необхідно розвивати прості предметні дії, які при необхідності виконуються пасивно або пасивно-активно [109].

Розвиток означених функцій неможливий без активної та систематичної роботи дорослого, що знаходиться поряд з дитиною з ДЦП. Таким чином, батьки чи особи, які супроводжують дитину, повинні усвідомлювати наявну проблему та бути готовими до систематичної роботи з дітьми, що спрямована на запобігання негативного впливу синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП, а також подолання його симптомів.

Водночас, недостатня кількість досліджень присвячується вивченню психологічного розвитку дітей з ДЦП у процесі перебування їх на тривалому лікуванні у різних медичних закладах. Розлука з матір'ю чи особою, яка її замінює, викликає у дітей значні переживання, призводить до сенсорної та емоційної депривації, порушень емоційних зав'язків із близькими людьми, загострює порушення психоемоційного і рухового розвитку, що можуть проявлятися надалі у синдромі госпіталізму.

У психологічній науці вивченню госпіталізму приділяється недостатня увага дослідників, оскільки в основному розкриваються його визначення, причини виникнення, виокремлюються напрямки корекційної роботи з дітьми в умовах госпіталізму (Н. Бочаріна, Н. Дмитріюк, І. Крупник, І. Мамайчук, Ж. Петрочко, А. Прихожан, Н. Толстих, О. Устінова, Г. Уриваєв та ін.).

У зарубіжній психологічній літературі (Дж. Боулбі, Й. Лангмейер, З. Матейчек, К. Хорні) проблема госпіталізму у дітей раннього віку розглядається через призму материнської (емоційної) депривації, і потребує вчасного вирішення, попередження загострення його наслідків, що може призвести до порушень соціалізації та адаптації дитини у суспільстві.

Українські науковці (Г. Бевз, Л. Волинець, Н. Дмитріюк, Н. Комарова, І. Крупник, С. Курінна, І. Манохіна, Ж. Петрочко, І. Пєша та ін.) аналізують особливості виникнення і подолання симптомів психічної депривації, що на їх думку, виникає у дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають тривалий час у розлуці з близькими їм людьми.

Ми розглядаємо синдром госпіталізму як погіршення стану здоров’я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку. Залежно від того, чого позбавлена дитина і які потреби не задовольняються, у неї проявляються симптоми материнської, сенсорної, комунікативної, емоційної, соціальної депривації.

Відповідно до вказаного, проблема профілактики госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП обумовлюється тривалим перебуванням цих дітей на лікуванні у різних медичних закладах та високим ризиком виникнення вказаного синдрому внаслідок розлуки із близькими людьми (матір’ю чи особою, яка її замінює).

У процесі дослідження особливостей реалізації системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку із ДЦП були застосовані наступні

методи: теоретичний аналіз і синтез основних положень психолого-педагогічної науки з проблеми виникнення та профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку із ДЦП; вивчення психологічних засад профілактичної роботи з дітьми раннього віку із ДЦП в умовах депривації їх основних потреб; систематизація результатів науково-теоретичного аналізу особливостей реалізації системи профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП, що включає первинну, вторинну і третинну ланки.

Таким чином, рання комплексна допомога дитині з ДЦП, на наш погляд, дозволяє ефективно компенсувати відхилення в розвитку дитини, а своєчасна профілактична та корекційна робота дає можливість «згладити» проблеми в розвитку, а іноді й усунути наявні недоліки та проблеми, забезпечивши таким чином повноцінний розвиток дитини раннього віку.

3.2. Система профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП

У сучасній психолого-педагогічній практиці розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику, які вважаємо ланками єдиної системи роботи, спрямованої на попередження і подолання синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

Зокрема, первинна профілактика включає комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, психологічних, соціально-педагогічних та інших чинників, що можуть слугувати причиною формування порушення, захворювання. Завданнями первинної профілактики є удосконалення, підвищення ефективності використовуваних дитиною активних, конструктивних поведінкових стратегій; збільшення потенціалу особистісних ресурсів.

Первинна профілактика найчастіше розуміється науковцями (О. Безпалько, Л. Галігузова, Т. Журавель та ін.) як комплекс заходів,

спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, психологічних, соціально-педагогічних та інших чинників, що можуть слугувати причиною формування порушення, захворювання. Первинна профілактична робота з дітьми раннього віку із ДЦП в умовах госпіталізму полягає в тому, щоб максимально наповнити день дитини цікавими заняттями, грою, разом з тим забезпечити її сенсорними стимулами, достатнім інформаційним наповненням і спілкуванням з дорослими та дітьми.

Важливими умовами реалізації завдань первинної профілактики госпіталізму в дітей із ДЦП є: послідовність ознайомлення дітей із сенсорними властивостями предметів, засвоєння ними сенсорних еталонів, і поступове ускладнення пізнавальних завдань; тісний зв'язок сенсорного розвитку дітей із іншими видами продуктивної діяльності (з ігровою, комунікативною тощо); систематичність проведення занять, повторення і підкріплення засвоєних сенсорних еталонів, набутих комунікативних навичок і вмінь; збагачення та поглиблення сенсорного досвіду дітей шляхом формування в них орієнтування в навколишньому світі.

Також, до умов первинної профілактики синдрому госпіталізму відносяться: проведення різних видів ігрової діяльності з дітьми, що забезпечить їх потребу у руховій активності (в силу можливостей організму – повернути голову, підняти ручки); надання можливості для формування емоційного ставлення до мами або певної особи, яка її замінює (залучення мами до спілкування з дітьми, співання пісень, розучування віршів-потішок, проведення окремих елементів психогімнастичних вправ тощо).

Збагачуючи сенсорний досвід дітей з ДЦП, насамперед їх знайомлять з сенсорними еталонами, пропонують групувати однорідні предмети за різними сенсорними якостями, далі необхідно співвідносити різнорідні предмети за величиною, формою, кольором, враховуючи їх при елементарній продуктивній діяльності (маніпулювання цими предметами). Наприклад, спочатку дитині

дають в руки кубик, потім пропонують декілька кубиків різного кольору і розміру, далі запрошують взяти в руки саме червоний кубик.

Поєднуючи профілактичну роботу, спрямовану на сенсорний розвиток дітей із ДЦП, із різними видами продуктивної діяльності (ігрової, комунікативної), дорослий (мама чи учасник команди допомоги різнопрофільних фахівців) створюють умови для всебічного розвитку дитини, надають увагу розвитку дрібної моторики рук, ігрових навичок, пізнавальних здібностей. На наш погляд, слушною є думка В. Кащук, яка наголошує «усвідомлюючи важливість та складність завдань сенсорного розвитку дітей, варто спрямувати зусилля на наступні види діяльності з малятами: формування системи сенсорних еталонів; розвиток дрібної моторики руки; розвиток психічних процесів; розвиток розумових операцій; активізація словника дітей; формування комунікативних здібностей; створення розвивального середовища; формування рухової активності та розвиток координації рухів; формування навичок саморегуляції тощо» [46].

Важливим є залучення дітей раннього віку з ДЦП до ігрової, навчальної, комунікативної, художньо-продуктивної (зображувальної, музичної, танцювальної), фізичної діяльності у межах їх можливостей. Звісно, діти з ДЦП не володіють тими навичками, що їх однолітки з нормотиповим розвитком, однак навіть слухання дорослого, приймання участі у різних видах комунікативних та музичних ігор, виконання психогімнастичних елементів вправ під музику, сприйняття різнокольорових стимулів здійснює сприятливий вплив на їх пізнавальний розвиток, збагачує систему сенсорних еталонів. Разом з тим, доброзичливе, дбайливе спілкування дорослого з дитиною створює можливості для формування емоційного зв’язку з ним, відчуття турботливого ставлення до себе, уявлення про те, що її люблять і цінують.

Вагомою умовою здійснення первинної профілактики синдрому госпіталізму ми вважаємо систематичність, адже ранній вік відрізняється швидкими темпами розвитку, а тому на даному етапі варто зосереджувати увагу

на особливостях розвитку дитини, які можливо скорегувати шляхом ранньої діагностики та профілактики. Проте, варто пам'ятати, що систематичність не є синонімом повторюваності одних і тих же завдань. Як зауважує Н. Кащук, «завдання на повторення набутих навичок і вмінь має відрізнятися від основного завдання, попередньо виконаного. Проста повторюваність одних і тих самих завдань може призвести до механічного, ситуативного запам'ятовування, а не до поступального розвитку розумової активності дітей раннього віку» [46]. Тому, для попередження госпіталізму у процесі сенсорного розвитку дітей варто підбирати подібні завдання, які відрізняються від попередньо засвоєних, але під час виконання яких можна застосувати набуті вміння і навички, розвинути кругозір дітей.

На наш погляд, важливо розвивати навички орієнтування дітей з ДЦП у навколишньому середовищі. З цією метою разом із завданнями на збагачення сенсорного розвитку дітей доцільно пропонувати їм вправи, що передбачають уважне слухання мови дорослих (розповідання казок, коротеньких оповідань, віршів, ознайомлення дітей з порами року, природними явищами), розвивати музичний слух дітей (співати дитячі пісеньки, колискові), поступово розвивати м'язово-суглобову чутливість (виконувати різні фізичні вправи, які дозволяються при різних обмежених можливостях дітей з ДЦП). Наприклад, при розвитку м'язово-суглобової чутливості можна використовувати прийоми малювання у повітрі, коли дорослий бере руку дитини у свою і допомагає їй малювати, обводити контур зображення на папері або кубика на столі. Використовуючи прийом спільного малювання, дорослий запитує дитину про кольори тих предметів та явищ, які вони будуть малювати (сонечко жовте, квіточка червона, травичка зелена), їх розміщення (сонечко вгорі, травичка внизу) тощо.

Первинна профілактика виникнення синдрому госпіталізму має здійснюватися вдома батьками дитини раннього віку з ДЦП перед госпіталізацією до медичного закладу на лікування або ж психологами і педагогами, які виховують цих дітей у закладах для дітей, позбавлених

батьківського піклування. Також первинна профілактика має реалізовуватися фахівцями (психологами, медичними і соціальними психологами і педагогами) у закладах, де діти раннього віку з ДЦП отримують медичну допомогу, проходять курс реабілітації. Також, слід зауважити, що первинна профілактика є однаковою для всіх дітей раннього віку з ДЦП не залежно від умов перебування дитини (чи в родині, чи в дитячому будинку).

Вторинна профілактика має на меті обмеження поширення окремих негативних явищ, містить у собі як соціально-психологічні, так і медичні заходи неспецифічного характеру [79, с. 37]. За своєю спрямованістю вторинна профілактика синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП має бути індивідуальною для конкретної дитини, враховувати особливості перебігу того чи іншого варіанту синдрому госпіталізму, а також соціальних умов, в яких перебуває дитина.

У ході вторинної профілактики наявних симптомів госпіталізму в дітей з ДЦП психолог виконує такі види (напрями) роботи: формує навички взаємодії з дорослими, розвиває комунікативні навички, проводить корекційну роботу, спрямовану на подолання дезадаптованої поведінки та корекцію порушень в розвитку пізнавальної сфери.

Зазначимо, що первинна профілактика госпіталізму передбачає активну роботу з дітьми з ДЦП до появи його симптомів з метою запобігання його виникнення. В той же час, вторинна профілактика включає в себе роботу команди різнопрофільних фахівців із попередження загострення синдрому госпіталізму, коли вже наявні його прояви.

На думку І. Парфанович, виконання програм вторинної профілактики повинно здійснюватися спеціально підготовленими професіоналами-психотерапевтами, психологами, соціальними працівниками, педагогами і мережею непрофесіоналів – батьками дітей з ДЦП, членами груп само- і взаємодопомоги, консультантами. При цьому ефект від програм вторинної профілактики настає швидше, ніж від первинної [79, с. 37].

За даним І. Мамайчук, «реабілітологами, психологами та соціальними педагогами разом із батьками повинна проводитися необхідна профілактично-корекційна робота для дітей, хворих на ДЦП, які мають прояви госпіталізму. Така робота повинна бути спрямована на загальний розвиток дитини, попередження виникнення в неї небажаних особистісних рис, таких як упертість, дратівливість, слізливість, непевність; на формування пізнавальної активності, задоволення різних інтересів, оскільки у багатьох дітей із церебральними паралічами є потенційно збережені передумови до розвитку інтелектуальних процесів (мислення, пам'яті)» [63, с. 217].

В основі вторинної профілактики госпіталізму, на думку О. Вікторовича, знаходиться систематично спрямована психолого-педагогічна корекція. Психологу необхідно постійно займатися з маленьким пацієнтом, довіряти йому виконання хоча б мінімальних завдань, які допомагають тренувати пам'ять, мислення і увагу [14]. Медичному персоналу також доцільно налагоджувати взаємодію з дітьми раннього віку, виконуючи з ними психокорекційні вправи і завдання, наприклад, для створення довірливого спілкування застосовувати заспокійливі жести, приємну інтонацію у розмові, обійми, погладжування тощо. З метою корекції порушень емоційного стану та проявів дезадаптивної поведінки дітей раннього віку з ДЦП (замкненість в собі, відгороженість від зовнішнього світу, або навпаки бурхливе реагування, впертість, не бажання отримувати лікування, розкидання речей) психолог із медичними працівниками можуть застосовувати спеціальні прийоми роботи: читання авторських терапевтичних казок (відповідно до наявної проблеми); залучення дітей до ігрової ситуації з іграшками, кубиками, різноманітним природним матеріалом, що зацікавлює дітей; розповідання історій про різні події та явища довкілля.

Відтак, спеціальні вправи, техніки, завдання, які використовуються у вторинній профілактично-корекційній роботі, що передбачають подолання проявів госпіталізму в дітей з ДЦП в залежності від варіанту перебігу синдрому госпіталізму, спрямовані на зниження тривожності дітей, створення довірливої

атмосфери спілкування з дорослими, забезпечення умов для пізнавального, емоційного та соціально-психологічного розвитку. Ефективними, наразі, є пізнавальні вправи, спрямовані на розвиток уваги, мислення, пам'яті дітей; вправи-релаксації (розслаблення під музичний супровід з погладжуваннями, обіймами дорослого); арт-терапевтичні вправи, які забезпечують розвиток творчих здібностей дітей, створюють відчуття психологічного комфорту, сприяють гармонійному розвитку особистості дитини; читання та обговорення метафоричних і терапевтичних казок, що сприяє розвитку уявлень про оточуючий світ, активізації морально-духовного розвитку дитини, яка знайомиться з нормами поведінки та моральними цінностями суспільства (відповідно до обраної казки та вирішуваної у ній проблеми).

Також, наголосимо на необхідності створення умов для рухової активності дитини, залучення її до участі в іграх (підняти ручки, покрутити головою, показати, як літає метелик, уявити себе бджілкою і відтворити її звуки, показати, як потягується на сонечку кішка тощо). Саме так у процесі вторинної профілактичної роботи, спрямованої на подолання синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, розширюються уявлення дітей про довкілля, підвищується інтерес до пізнання явищ природи, про особливості взаємовідносин між людьми (на прикладі відносин казкових героїв) тощо.

На думку О. Вікторовича, у результаті такої профілактичної роботи можна домогтися формування в дитини сприятливого емоційного стану. Вона позбавляється від стану тривоги і переживань, пов'язаних з перебуванням у стаціонарі в лікарні або в дитячому будинку. В складних випадках синдрому госпіталізму дитині з ДЦП може знадобитися медикаментозна терапія, спрямована на поліпшення емоційної стабільності і стимуляцію розвитку пізнавальних функцій [14]. Однак, лише медикаментозною терапією подолати синдром госпіталізму неможливо, тому вагомого значення надаємо саме активній профілактично-корекційній роботі психолога з дітьми раннього віку з ДЦП та їх батьками.

До умов ефективного здійснення вторинної профілактики синдрому госпіталізму відносимо: включення медичних працівників та психолога лікувального закладу до надання психопрофілактичної і корекційної допомоги дітям раннього віку з ДЦП; соціально-психологічне спрямування профілактичної роботи на формування комунікативних навичок дітей, корекція порушень емоційного та особистісного розвитку (збудливості, впертості, негативізму, інфантильності та ін.); активне використання рухливих та пізнавальних завдань та ігор, що передбачають розширення кругозору дитини; розвиток її інтелектуальних та комунікативних здібностей, вдосконалення рухової діяльності дітей з ДЦП та безпосередня профілактична робота з батьками дітей раннього віку з ДЦП, як важливими учасниками психолого-педагогічного супроводу дітей зазначеної категорії.

Третинна профілактика визначається як комплекс соціальних, освітніх та медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення особистісного та соціального статусу дитини, її повернення до родини, до соціуму, активної діяльності. Третинна профілактика серед дітей раннього віку з ДЦП є переважно медико-соціальною, індивідуальною і спрямована на попередження переходу сформованого захворювання в важчу форму, подолання наслідків у вигляді стійкої дезадаптації. При проведенні третинної профілактики різко зростає роль професіоналів – психотерапевтів, терапевтів, соціальних працівників і психологів, а також непрофесіоналів – консультантів, членів соціально-підтримуючих груп і співтовариств [79, с. 38].

Зазначимо, що третинна профілактика госпіталізму спрямована на попередження повторення його виникнення, коли синдром був подоланий. Основним завданням при цьому є не допущення рецидиву. За ствердженням І. Савенкової, головними завданням третинної профілактики є усунення або пом’якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ госпіталізму, його інвалідизації; пристосування дитини із ДЦП до умов зовнішнього середовища, відновлення її мотивації до діяльності, праці, до

активного способу життя, міжособистісних відносин; стимуляція соціальної активності дітей різними методами [102, с. 315].

Основними напрямами третинної профілактично-корекційної роботи психолога з дітьми раннього віку із ДЦП є: формування соціально-побутових навичок; формування адекватної пізнавальної діяльності; формування комунікативних навичок; розвиток пізнавальної сфери; емоційно-особистісний розвиток. При цьому вибір напряму профілактичної роботи з дитиною із ДЦП залежить від загальних завдань її індивідуального розвитку та корекції психоемоційних, інтелектуальних та особистісних порушень, а також від розподілу функціональних обов'язків між спеціалістами команди різнопрофільних фахівців.

До умов успішності третинної профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП відносимо тісну співпрацю команди різнопрофільних фахівців із батьками цих дітей, або особами, які їх замінюють. Саме за допомогою групового впливу батьків і колективу лікарів, педагогів, логопедів на хвору дитину можна досягти стійкого покращення її фізичного стану та запобігти формуванню синдрому госпіталізму, сприяти швидкому відновленню порушених функцій сенсорного, особистісного, психоемоційного розвитку.

Підтвердження вказаної думки знаходимо у Р. Рахманова, який зазначає, що «варто пам'ятати, що медико-соціальна реабілітація дітей з ДЦП є довгостроковою проблемою, яку варто проводити в максимально досяжних умовах, під наглядом фахівців, стаціонарно або амбулаторно, і за можливості, за участю батьків дитини, або осіб, які їх замінюють» [98, с. 77]. Це не лише сприяє оптимізації психічного стану дітей, подолання їх тривожності, агресивності, депресивних настроїв, підвищенню пізнавальної активності, соціалізованості, але й надасть дорослим змогу побачити ці зрушення, відчути надію на покращення, усвідомити оптимістичний прогноз лікування і реабілітації дітей із ДЦП.

Важливою умовою, що сприяє успіху третинної профілактично-реабілітаційної роботи з дітьми з ДЦП, на думку І. Савенкової, є організація правильного ставлення до дітей з боку оточення – батьків, вихователів, однолітків, суспільства [102, с. 315–316].

Саме тому, крім означених напрямів профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП для попередження і подолання синдрому госпіталізму, великого значення надаємо просвітницькій роботі з батьками, особами, які їх замінюють, педагогами і психологами дитячих будинків, із персоналом лікувальних закладів (лікарями, медичними сестрами, соціальними педагогами), в яких діти з ДЦП отримують довготривалу медичну допомогу. Доцільними для проведення із учасниками команди різнопрофільних фахівців, яка працює з дітьми із ДЦП, є такі форми роботи, як лекції, навчально-методичні семінари, індивідуальні та групові консультації, практикуми, у ході яких висвітлюються питання виникнення синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП під час тривалого лікування у різних закладах, умови його попередження, засоби і методи роботи з його профілактики та подолання наслідків. Фахівці мають твердо усвідомити шкідливість наслідків синдрому госпіталізму для дітей раннього віку з ДЦП, створити максимально комфортні умови перебування цих дітей у медичних закладах, проводити цілеспрямовану роботу з попередження виникнення госпіталізму, а також, навчившись працювати над цією проблемою, здійснювати просвітницьку роботу, спрямовану на поширення необхідних знань серед колег, батьків дітей з ДЦП.

Таким чином, система профілактики госпіталізму включає в себе три взаємообумовлені і взаємопов’язані ланки:

- первинна профілактика, яка спрямована на попередження виникнення симптомів госпіталізму ще до їх появи;
- вторинна, що має на меті превенцію його загострення, коли в дитини наявні прояви госпіталізму;

- третинна, яка організовується з метою запобігання повторення на етапі, коли в процесі профілактичної роботи вдалося подолати прояви госпіталізму.

Випадіння будь-якої ланки в системі профілактики синдрому госпіталізму призведе до руйнування результатів всієї профілактичної роботи.

Відповідно до мети і завдань дослідження побудовано систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, де розглянуто визначення і завдання, виділено напрями, умови та сфери реалізації заходів первинної, вторинної і третинної профілактики. Узагальнену схемі профілактичної роботи з дітьми раннього віку подано на рисунку 2.7.

На нашу думку, важливою умовою успішності всієї системи профілактичної роботи з дітьми раннього віку із ДЦП в умовах госпіталізму є систематичний підхід до її проведення, тобто послідовна реалізація завдань первинної, вторинної та третинної профілактики. Системність етапів профілактики госпіталізму у дітей раннього віку із ДЦП передбачає обов'язкове дотримання послідовності в наданні допомоги, а саме: превенції виникнення синдрому госпіталізму; активної профілактичної роботи для недопущення його загострення у дітей, які вже мають певні прояви; попередження повторного виникнення госпіталізму, відновлення пізнавальної та соціальної активності, оптимізація різних сфер розвитку у дітей, які подолали його. При усуненні будь-якого етапу або порушенні системи профілактичної роботи з дітьми раннього віку із ДЦП значно знижується можливість досягнення успішного результату з попередження у них синдрому госпіталізму.

Первинна профілактика: комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, психологічних, соціально-педагогічних та інших чинників, що можуть слугувати причиною формування порушення, захворювання.

Завдання: удосконалення, підвищення ефективності використовуваних дитиною активних, конструктивних поведінкових стратегій; збільшення потенціалу особистісних ресурсів.
Напрями: забезпечення достатньої кількості сенсорних стимулів та їх мінливості; надання змоги для рухової активності; створення необхідних умов для структурованості світу стимулів; надання можливості для встановлення інтимного емоційного ставлення до мами або особи, яка її заміняє.

Умови: послідовність засвоєння дітьми сенсорних еталонів, і поступове ускладнення пізнавальних завдань; тісний зв'язок сенсорного розвитку з іншими видами продуктивної діяльності; систематичність, повторення і підкріплення засвоєних сенсорних еталонів, набутих комунікативних навичок і вмінь; збагачення та поглиблення сенсорного досвіду дітей шляхом формування у них широкого орієнтування в світі.
Сфера реалізації: вдома (у будинках дитини) і в медичних закладах; здійснюється батьками чи особами, які їх замінюють, психологами і соц. педагогами, працівниками медичних закладів.

Вторинна профілактика: це комплекс заходів, що включає активне подолання виявлених симптомів госпіталізму та попередження їх повторного виникнення; є індивідуальною роботою, що враховує наявні симптоми та спрямована на їх корекцію.

Завдання: обмеження поширення окремих негативних явищ, містить у собі як соціально-психологічні, так і медичні заходи неспецифічного характеру; попередження загострення синдрому госпіталізму, коли вже наявні його прояви.
Напрями: формування навички взаємодії з дорослими, розвиток комунікативних навичок, корекційна робота з подолання дезадаптованої поведінки, з корекції порушень в розвитку пізнавальної сфери.

Умови: включення медичних працівників та психолога лікувального закладу до надання психопрофілактичної і корекційної допомоги дітям раннього віку з ДЦП; соціально-психологічне спрямування профілактичної роботи на формування комунікативних навичок дітей, виправлення порушень емоційного та особистісного розвитку; активне використання рухливих та пізнавальних завдань та ігор, що передбачають розширення кругозору дитини, розвиток її інтелектуальних та комунікативних здібностей, вдосконалення рухової діяльності дітей з ДЦП.
Сфера реалізації: в медичних і соціальних закладах; здійснюється зусиллями команди різнопрофільних фахівців за участі батьків дитини чи осіб, які їх замінюють, вихователів, психологів.

Третинна профілактика: комплекс соціальних, освітніх та медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення особистісного та соціального статусу дитини, її повернення до родини, до соціуму, активної діяльності.

Завдання: усунення або пом'якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ госпіталізму, його інвалідизації; пристосування дитини із ДЦП до умов зовнішнього середовища, відновлення її мотивації до діяльності, праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин; стимуляція соціальної активності дітей різними методами.
Напрями: формування соціально-побутових навичок; формування адекватної пізнавальної діяльності; формування комунікативних навичок; розвиток пізнавальної сфери; емоційно-особистісний розвиток.

Умови: тісна співпраця команди різнопрофільних фахівців із батьками цих дітей, або особами, які їх замінюють; організація правильного ставлення до цих дітей з боку оточення – батьків, вихователів, однолітків, суспільства; проведення просвітницької роботи з батьками, особами, які їх замінюють, та членами команди різнопрофільних фахівців.
Сфера реалізації: в медичних закладах і вдома (у будинках дитини); здійснюється батьками чи особами, які їх замінюють, психологами і соціальними педагогами, працівниками мед. закладів.

Рис. 2.7 Система профілактики госпіталізму у дітей раннього віку

У нашому дослідженні особливої уваги надавали первинній та вторинній ланці профілактичної роботи, оскільки первинна профілактика спрямована на попередження виникнення симптомів госпіталізму, вторинна на попередження загострення вже наявних симптомів. Ранній вік, на наш погляд, є найбільш сенситивним для профілактичної роботи щодо попередження виникнення синдрому госпіталізму у дітей з дитячим церебральним паралічем.

Як свідчать результати нашого дослідження, про можливість виникнення у дитини депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму можуть свідчити переживання дитиною певних емоційних станів, а саме: емоційне відособлення, застрягання, нерішучість, тривожність, а також суттєва затримка в розвитку мовлення. Зокрема, перераховані емоційні стани, на наш погляд, у дитини з дитячим церебральним паралічем можуть проявлятися, як наслідок неможливості задовольнити свою потребу у контакті з дорослими та однолітками, а також неможливості успішної комунікації, в процесі якої дитина раннього віку виражає свої емоції, бажання, переживання, потреби тощо.

Таким чином, первинна профілактика появи депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дітей з діагнозом ДЦП полягає, насамперед, у просвітницькій та розвивальній роботі з дорослими, що має на меті успішне налагодження взаємодії з дитиною, пояснення особливостей спілкування та важливості систематичного позитивно забарвленого вербального та невербального спілкування з немовлям. Крім того, батьки повинні отримати знання щодо розвитку мови та мовлення дитини, етапи та особливості означеного розвитку. Частково, це може попередити суттєві затримки в розвитку мовлення дитини і вчасно звернутися за допомогою до спеціаліста. Ці знання повинні мати і працівники різних дитячих установ, в яких перебувають діти з ДЦП, що проживають поза сім’єю.

Вторинна профілактика, на нашу думку, повинна бути спрямована, насамперед, на розвиток мовлення дитини раннього віку. Зокрема, даний напрям роботи передбачає:

- ✓ розвиток емоційного спілкування з дорослим;
- ✓ стимуляцію появи «комплексу пожвавлення»;
- ✓ розвиток у дитини вміння сприймати різноманітні інтонації голосу дорослого;
- ✓ розвиток вміння відповідно реагувати на інтонації і звернене до дитини мовлення дорослого;
- ✓ розвиток мімічних, голосових, звуковимовних реакцій;
- ✓ розвиток здібності наслідування;
- ✓ відпрацювання і закріплення навичок довільного вимовляння складів, складових комплексів, полегшених слів;
- ✓ збагачення і активізація словникового запасу;
- ✓ розвиток вміння виражати свої потреби за допомогою мовлення;
- ✓ розвиток розуміння мовлення дорослих.

Зрозуміло, що без активного залучення дорослого неможливо уникнути затримки в розвитку мовлення дитини раннього віку. Таким чином, вторинна профілактика також передбачає систематичні заняття з дорослими, які перебувають в ДЦП. Ці заняття повинні бути спрямовані на отримання знань щодо мовленнєвого розвитку дитини даного віку, а також розуміння особливостей його розвитку.

На наш погляд, депресивний варіант перебігу синдрому госпіталізму тісно пов'язаний з тривожним варіантом перебігу синдрому госпіталізму. Зокрема, за результатами досліджень, своєрідними маркерами можливості розвитку тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму є переживання дитиною таких емоційних станів: емоційне відособлення, скутість, загальмованість, емоційна нестійкість, наявність страхів, тривожність та агресивність. Як бачимо, емоційна відособленість та тривожність можуть бути ознаками як депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму, так і тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Однак, при появі у дитини тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізм діапазон емоційних реагувань значно розширюється, що,

на нашу думку, може свідчити про більш інтенсивне переживання дитиною цього стану. Стан емоційної депривації є більш вираженим і гострим у дітей з ДЦП, що перебувають у спеціалізованих дитячих закладах, адже такі діти з раннього дитинства позбавлені материнської турботи, любові, уваги та опіки. Такі тривалі негативні переживання дитини через відсутність емоційних контактів із близькими дорослими можуть призвести до досить серйозних негативних наслідків.

Зокрема, за результатами нашого дослідження тривожний варіант перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку супроводжується також затримкою соціального розвитку, а саме: навичок самостійності, інших вмінь та навичок, що відповідають віковій нормі. Крім того, суттєвими ознаками можливої появи тривожного варіанту перебігу є також уникнення дитиною розумових зусиль та недостатній розвиток мовлення. Таким чином, ізоляція дитини від значимого дорослого, як правило, мами, часто призводить до тяжких наслідків як інтелектуального розвитку, так і особистісного. На жаль, чим дорослішою стає дитина, тим більш ймовірними є те, що дані наслідки не будуть піддаватися корекції. Однак, в процесі дослідження було встановлено, що поява тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму можлива і за умови проживання дитини у сім'ї. Зокрема, від ставлення батьків до дитини (особливо матері), усвідомлення та розуміння проблем, що можуть бути пов'язані з її захворюванням, прийняття особливостей дитини безпосередньо залежить успіх в її реабілітації та розвитку.

Таким чином, первинна профілактика появи тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП полягає, знову ж таки, у роботі з дорослими, що оточують дитину раннього віку. Психопрофілактична робота повинна бути спрямована на:

- ✓ розвиток безумовного прийняття дитини, розуміння її особливостей;
- ✓ розвиток вміння спілкуватися з дитиною, забезпечуючи її потребу у захисті та любові;

- ✓ вміння розвивати у дитини навички предметно-маніпулятивних ігор, як джерела різноманітних емоційних переживань дитини;
- ✓ усвідомлення дорослим, що провідною діяльністю у дитини в ранньому віці є емоційне спілкування з дорослим.

На наш погляд, саме первинна профілактика дозволить уникнути появи у дитини гострих негативних емоційних переживань, забезпечить її базові потреби, що дозволить попередити виникнення емоційної депривації.

Що стосується вторинної профілактики, то, як і у випадку з депресивним варіантом перебігу синдрому госпіталізму, вона повинна бути спрямована на розвиток мовлення дитини. Особливості напрямів роботи нами були описані вище. Крім того, при ознаках депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму важливо спрямувати роботу на подолання затримки соціального розвитку, а саме:

- ✓ розвиток у дитини навичок предметно-маніпулятивних ігор;
- ✓ розвиток навичок самостійності;
- ✓ розвиток вміння встановлювати перші контакти з навколишнім світом;
- ✓ розвиток вміння пізнавати навколишній світ через взаємодію з ним, зокрема за допомогою предметно-маніпулятивних, а надалі і сюжетних ігор;
- ✓ розвиток здатності розуміти емоції інших людей.

Уважаємо, що саме в процесі розвитку навиків ігрової діяльності у ранньому віці можна покращити у дитини рівень мовленнєвого розвитку, розвинути певні навички самостійності та здатність проявляти розумові зусилля для вирішення певних ситуацій.

За результатами нашого дослідження невротичний варіант перебігу синдрому госпіталізму виникає, насамперед, за умови недостатнього сенсорного та соціального розвитку дитини. Крім того, при невротичному варіанті перебігу синдрому госпіталізму спостерігається переживання дитиною певних

негативних емоційних станів, а саме: діти можуть проявляти агресивність, негативізм, конфліктність, емоційну нестійкість та запальність.

Таким чином, ми бачимо, що будь-який із варіантів перебігу синдрому госпіталізму, що виникає у дитини раннього віку з діагнозом ДЦП, так чи інакше супроводжується певним спектром негативних емоційних переживань. Означені результати підтверджують необхідність організації психологічної роботи, що спрямована на певну корекцію та профілактику таких емоційних проявів у дітей. А це, в свою чергу, передбачає систематичну роботу з батьками та дорослими, що оточують дитину, яка, насамперед, передбачає налагодження ефективної взаємодії з дитиною, створення безпечних умов для її розвитку, розширення та поглиблення психологічних знань щодо вікових та індивідуальних особливостей розвитку, а також можливих шляхів допомоги дитині в її становленні, розвитку та адаптації.

На наш погляд, основною умовою виникнення невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку є недостатня кількість сенсорних стимулів. Для повноцінного психічного розвитку дитини даного віку необхідне середовище, що забезпечене стимулами різної модальності, насамперед, тактильними, візуальними, акустичними. Ми розуміємо, що в будинках дитини не завжди є можливість забезпечити для дитини таке середовище і, крім того, дати дитині можливість повноцінно і систематично взаємодіяти з цим средовищем. Проте, ми не можемо сказати, що діти раннього віку з діагнозом ДЦП, які проживають у сім'ї, не переживають сенсорну депривацію. Батьки, що занепокоєні проявами хвороби у дитини і спрямовані виключно на медикаментозне її лікування, часто не звератють уваги створення такого середовища,, яке б повною мірою забезпечило сенсорний розвиток дитини. Або ж вони не мають достатньо знань щодо важливості і необхідності такого розвитку і його вплив на подальше формування дитини.

Варто також зауважити, що за результатами дослідження науковців, що вивчали цю проблему, «збіднене» середовище, в якому є нестача зорових,

слухових, дотикових та інших стимулів, викликає у дитини «сенсорний голод», оскільки, необхідною умовою розвитку дитини в ранньому віці є достатня кількість зовнішніх вражень, що надходять із зовнішнього світу. І, якщо дитина даного віку знаходиться в умовах сенсорної ізоляції, може відбуватися різке відставання або уповільнення її загального розвитку. Зокрема, своєчасно не розвивається рухова активність дитини, що й так значно ускладнюється наслідком наявного діагнозу; може спостерігатися суттєва затримка в розвитку мови та мовлення; відмічається затримка розумового розвитку. Все це в свою чергу може ускладнювати або гальмувати соціальний розвиток дитини. Зокрема, ці висновки підтверджуються і результатами наших досліджень.

На наш погляд, профілактика появи у дітей саме невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму повинна займати ключове місце в профілактичній роботі, що спрямована на подолання та уникнення депривації у дітей раннього віку взагалі, а особливо у дітей з діагнозом ДЦП, оскільки, певні рухові обмеження дитини іноді не дозволяють їй повноцінно взаємодіяти з середовищем. Саме цю повноцінну взаємодію повинен забезпечувати дорослий, який перебуває поряд із дитиною.

Таким чином, первинна профілактика виникнення невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму передбачає:

- ✓ надання батькам або особам, що їх замінюють, або постійно перебувають із дитиною ґрунтовних психологічних знань щодо необхідності створення середовища, що сприяє сенсорному розвитку дитини раннього віку;
- ✓ забезпечення достатньої кількості сенсорних стимулів та їх мінливості та взаємодії з ними дитини на постійній основі;
- ✓ створення необхідних умов для структурованості світу стимулів і взаємодії дитини з ними;
- ✓ створення умов для послідовного засвоєння дітьми сенсорних еталонів;

- ✓ систематичне, повторення і підкріплення засвоєних дитиною сенсорних еталонів;
- ✓ забезпечення тісного зв'язку сенсорного розвитку дитини з іншими видами діяльності; збагачення та поглиблення сенсорного досвіду дітей шляхом формування у них широкого орієнтування в світі.

Розглядаючи вторинну профілактику як комплекс заходів, що включає активне подолання виявлених симптомів госпіталізму, основне завдання ми вбачаємо в створенні спеціальних умов, в яких дитина матиме змогу взаємодіяти з різними подразниками, зокрема:

- ✓ створення умов для взаємодії дитини з зоровими відчуттями та розвиток сприймання (розрізнення кольорів, розрізнення предметів за кольором, розміром, формою тощо);
- ✓ створення умов для взаємодії дитини зі слуховими відчуттями та розвиток сприймання (розвиток реакції дитини на голос мами та інших оточуючих, реакції на пісні різної тональності; розвиток реакції на висоту звука та тривалість звучання, розвиток у дитини здатності розрізняти джерела звука);
- ✓ створення умов для взаємодії дитини з тактильними відчуттями та розвиток сприймання (реакція дитини на різні властивості предметів, які її оточують: теплий-холодний; м'який-твердий, великий-маленький; на форму та текстуру предмета);
- ✓ створення умов для взаємодії дитини зі смаковими відчуттями та розвиток сприймання (сприйняття та розрізнення дитиною різних смаків та реакція на них; розвиток вміння сприймати температуру їжі);
- ✓ створення умов для взаємодії дитини з нюховими відчуттями та розвиток сприймання (реакція дитини на приємні аромати; реакція на неприємні аромати; насиченість запахів);
- ✓ створення умов для розвитку орієнтації у просторі відносно свого тіла.

Дитина з діагнозом ДЦП, що тією чи іншою мірою обмежена в рухах, крім перерахованих вище варіантів перебігу госпіталізму, може переживати і моторно-руховий варіант перебігу синдрому госпіталізму .

За результатами нашого дослідження основними маркерами наявності у дитини моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму є наявні порушення в оволодінні навичками, що відповідають віковому розвитку дитини, суттєві труднощі в оволодінні навичками конструктивної та образотворчої діяльності, низький рівень розвитку активного мовлення, розуміння дитиною мови та недостатній соціальний розвиток, а також такі емоційні прояви як нерішучість та тривожність. Нам видається доцільним також зауважити, що науковці, які працюють в галузі вікової психології, отримали дані про те, що рухова депривація впливає на психічний розвиток дитини, зокрема, розвиток рухів у ранньому дитинстві є одним із факторів формування образу «Я». Ми не ставили за мету в нашому дослідженні вивчення даної проблеми, однак, на наш погляд, переживання дитиною синдрому госпіталізму великою мірою впливає на розвиток особистості.

Первинна профілактика розвитку моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму полягає у:

- ✓ забезпеченні загальної рухової активності дитини залежно від її функціональних можливостей;
- ✓ забезпеченні рухової ігрової активності дітей;
- ✓ психологічній просвіті дорослих щодо можливостей залучення батьків до розвитку ігрової активності дитини;
- ✓ творчі заняття з дитиною (малювання, ліплення тощо).

Вторинна профілактика моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму передбачає:

- ✓ оволодіння дітьми з порушеннями опорно–рухового апарату навичками самообслуговування;
- ✓ оволодіння дітьми навичками предметної та ігрової діяльності;

- ✓ стимуляцію розвитку основних рухових навичок;
- ✓ розвиток та корекцію порушень рухових функцій;
- ✓ розвиток опірних реакцій верхніх кінцівок, тазу та нижніх кінцівок;
- ✓ розвиток статичної та динамічної рівноваги дитини;
- ✓ формування відчуття «схеми свого тіла»;
- ✓ розвиток вміння орієнтування в оточуючому просторі;
- ✓ формування функцій кисті руки (захоплення, опорної, маніпулятивної тощо);
- ✓ розвиток довільних рухів, дрібної моторики рук.

Зважаючи на те, що прояви різних варіантів перебігу синдрому госпіталізму, у дітей раннього віку, мають схожі психологічні маркери, профілактична робота повинна мати комплексний характер, який обумовлений взаємовпливом рухових, комунікативних, сенсорних та емоційних порушень у динаміці розвитку дитини з ДЦП. Крім того, профілактична робота, обов'язково, має включати систематичну профілактичну і розвивальну роботу з батьками або з дорослими, які знаходяться поряд з дитиною. Ефективність такого комплексного підходу, спрямованого на попередження виникнення синдрому госпіталізму у дітей раннього віку буде розкрито в наступному розділі.

3.3. Аналіз результатів профілактичної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП щодо попередження синдрому госпіталізму

У процесі проведення наукового дослідження було доведено, що наявність рухової, сенсорної, комунікативної та емоційної депривації у дітей раннього віку з ДЦП є, відповідно, проявами моторно-рухового, невротичного, депресивного, тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Під час дослідження варіантів перебігу синдрому госпіталізму, ми виявили психологічні ознаки, які

супроводжують прояви у дитини того чи іншого варіанту перебігу госпіталізму. Відповідно до особливостей перебігу визначених варіантів перебігу синдрому госпіталізму була розроблена профілактична система даного синдрому.

Дана система профілактики була реалізована упродовж 2020–2022 рр. До роботи за системою профілактики було залучено 43 сім'ї, у яких проживають діти до трьох років з діагнозом ДЦП, а також 75 дітей з означеним діагнозом, що проживають поза сім'єю.

Для дослідження ефективності застосування в практичній діяльності системи профілактики була сформована контрольна група (20 дітей, що проживають в сім'ї, та 35 дітей, що проживають поза сім'єю) та експериментальна група (23 дитини, що проживають в сім'ї, та 40 дітей, що проживають поза сім'єю). Після завершення профілактичної роботи нами було проведено психодіагностичне дослідження, спрямоване на доведення чи спростування ефективності і доцільності застосування розробленої системи. Зважаючи на особливості клінічних проявів синдрому госпіталізму у дітей раннього віку, для діагностики ми відібрали батарею методик, які дозволяють дослідити динаміку даних проявів. Зокрема, нами були застосовано: методику Г. В. Пантюхіної, К. Л. Печори, Е. Л. Фрухт, Мюнхенську функціональну діагностику, схему спостережень за поведінкою дитини [28].

Батькам, як і на першому етапі дослідження, було запропоновано повторно оцінити певні поведінкові прояви дитини після проходження профілактичної програми. За оцінкою батьків, як і до початку занять, діти проявляють такі прояви: запальність, негативізм, агресивність, тривожність, демонстративність, емоційне відособлення, скутість. Однак, після проведення профілактичних занять з батьками та дітьми означені поведінкові прояви у дітей за оцінкою батьків дещо знизилися. Зокрема, прояви негативізму у поведінці дітей знизилися на 25%, агресивності на 16%, запальності на 20%, емоційне відособлення на 7%, скутість на 6%, прояви тривожності знизилися на 17%, а

демонстративності – на 9%. Узагальнені результати дослідження подані на рис. 3.1.

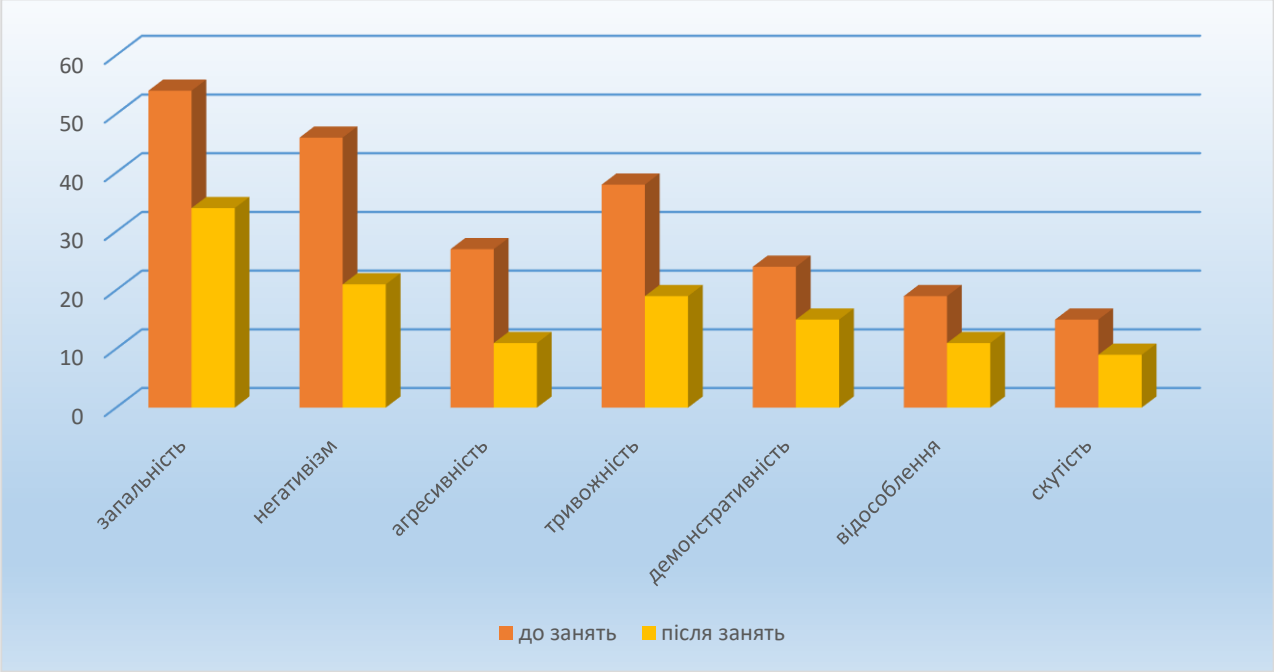

Рис. 3.1 Динаміка поведінкових проявів у дітей віком від народження до трьох років з діагнозом дитячий церебральний параліч, що проживають у сім'ї (експериментальна група)

Отримані результати можуть свідчити про зниження емоційної напруги у дітей. З одного боку це може бути пов'язано з впливом систематичних занять з дітьми, а з іншого зі зміною ставлення батьків до дитини та реалізацією в практиці спілкування і взаємодії з дитиною знань та навичок, отриманих в процесі профілактичної роботи. Забезпечення потреби дитини в емоційному спілкуванні, підтримці, безумовному прийнятті з боку дорослого, зниження тривожності та напруги у батьків сприяють зниженню негативних емоційних проявів у дитини.

Аналіз результатів, отриманих при діагностиці контрольної групи, підтверджує описані вище висновки, оскільки суттєвих змін в поведінкових проявах дітей, за оцінкою батьків, не відбулося. Навпаки, до виявлених раніше таких проявів як запальність, негативізм, агресивність, тривожність,

демонстративність, емоційне відособлення, скутість додалася ще емоційна нестійкість. Варто також звернути увагу на те, що такі показники як негативізм, демонстративність, відособлення і скутість мають тенденцію до зростання і більш яскравого прояву. Результати дослідження подані на рис. 3.2.

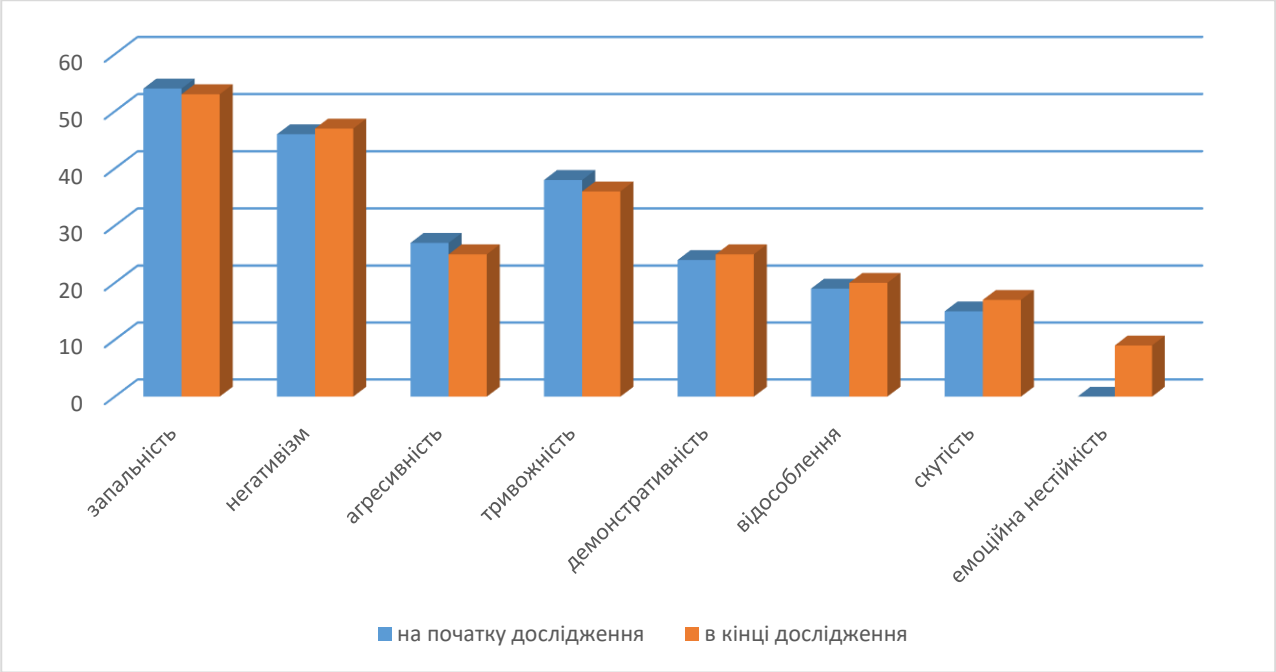

Рис. 3.2 Динаміка поведінкових проявів у дітей віком від народження до трьох років з діагнозом дитячий церебральний параліч, що проживають у сім'ї (контрольна група)

Таким чином, ми припускаємо, що якщо у батьків не змінюється ставлення до дитини, її індивідуальних особливостей, залишається невизнання батьками наявних проблем в розвитку дитини, присутні конфліктні стосунки з дитиною - все це поглиблює наявні проблеми і згодом стає одним з чинників виникнення синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП.

За оцінкою вихователів у дітей, що проживають поза сім'єю, після проведення профілактичної роботи також з'явилася тенденція до зниження проявів певних форм поведінки, а саме: прояви тривожності у дітей знизилися на 11%, страхів на 12%, загальмованості на 8%, уникнення розумових зусиль на 9%,

негативізму на 10%, застрягання на 8%, агресивності на 9%, прояви емоційної нестійкості зменшилися на 6%. Результати дослідження відображені на Рис. 3.3.

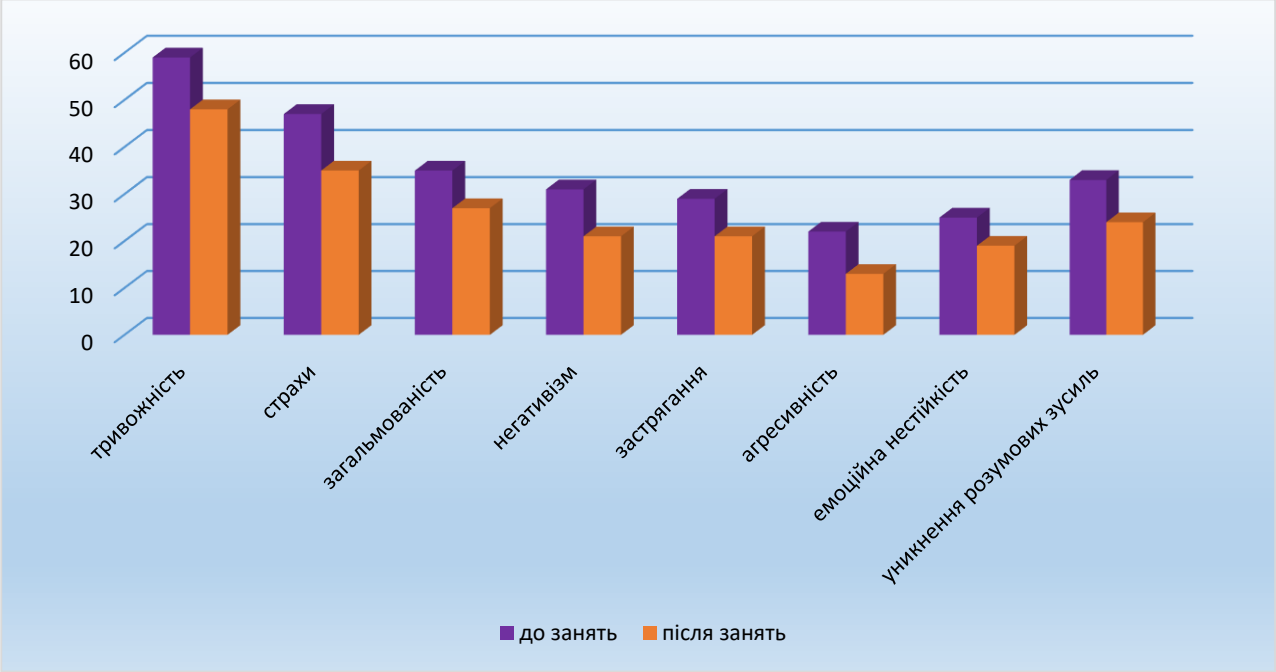

Рис. 3.3 Динаміка поведінкових проявів у дітей віком від народження до трьох років з діагнозом дитячий церебральний параліч, що проживають поза сім'єю (експериментальна група)

Можна сказати, що отримані результати не мають такої суттєвої позитивної динаміки як у дітей, які проживають з батьками. Однак, згадаємо той науково доведений факт, що госпіталізм, насамперед, розвивається у осіб, які відчувають нестачу чуттєвої, емоційної взаємодії з матір'ю, чи іншою особою, до якої у дитини сформувалася прихильність. А відсутність батьківського тепла, турботи та любові, яку діти раннього віку, що перебувають в умовах інтернату чи лікувального закладу, відчувають постійно є вагомим фактором, що провокує розвиток госпіталізму. Тому, навіть мінімальні покращення психологічних маркерів виділених нами варіантів перебігу синдрому госпіталізму, на наш погляд, свідчать про дієвість профілактичної роботи.

Що стосується контрольної групи, то отримані результати дещо насторожують, оскільки за час, що пройшов з моменту першого проведеного

нами дослідження, всі поведінкові прояви дітей, за оцінкою вихователів лише погіршуються. Так прояви тривожності, емоційної нестійкості, агресивності у дітей збільшилися на 4%, прояви негативізму, застрягання, загальмованості та різноманітних страхів збільшилися на 2%. Уникнення розумових зусиль має тенденцію до збільшення на 5%, що, в свою чергу, може гальмувати інтелектуальний та психічний розвиток дитини. Наочно прослідкувати динаміку цих змін можна на діаграмі (рис. 3.4)..

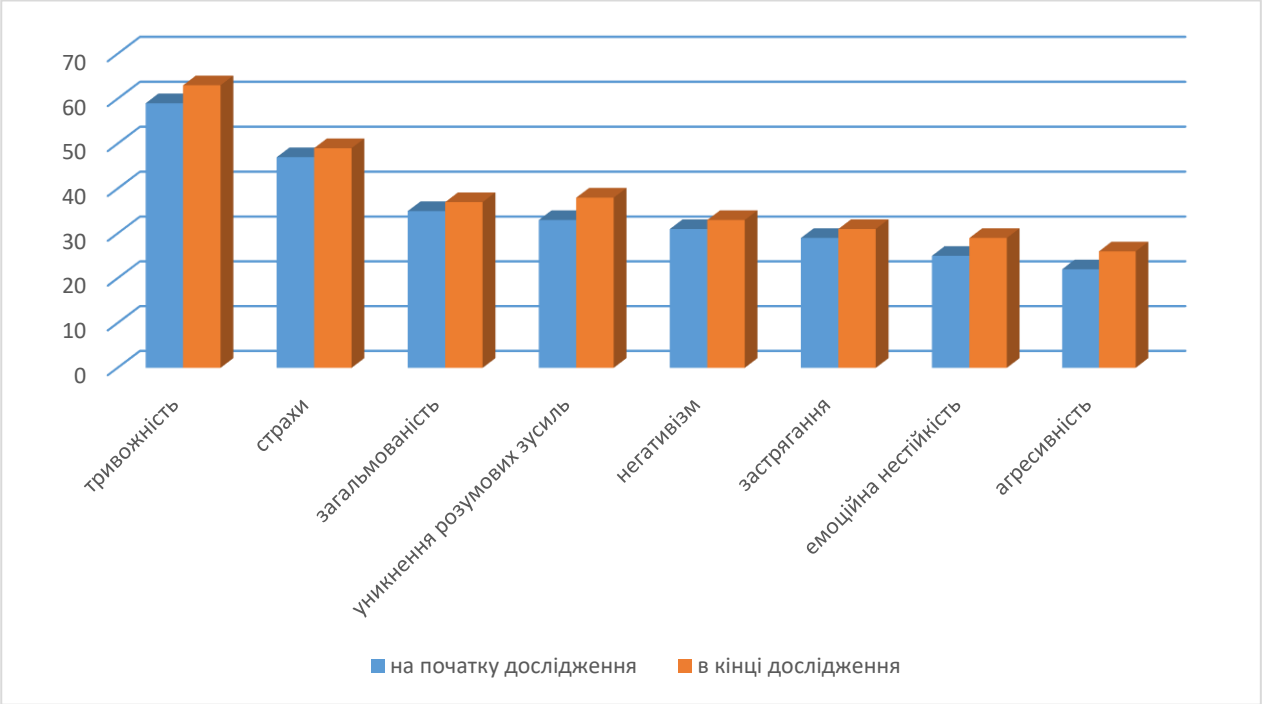

Рис. 3.4 Динаміка поведінкових проявів у дітей віком від народження до трьох років з діагнозом дитячий церебральний параліч, що проживають поза сім'єю (контрольна група)

Зважаючи на отримані результати, ми припускаємо, що застосування системи профілактики сприяє попередженню синдрому госпіталізму у дітей раннього віку, оскільки поведінкові прояви, що є ознаками наявності певних форм депривації в результаті проведення програми мають тенденцію до зниження. В той час, як у дітей контрольної групи дані показники або не змінюються або мають тенденцію до більш яскравого і систематичного прояву.

Доцільно було також дослідити, чи має застосування системи профілактики вплив на ті аспекти розвитку дитини раннього віку, які безпосередньо можуть впливати на виникнення різних варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Зокрема, ми пам'ятаємо, що невротичний варіант перебігу синдрому госпіталізму виникає, насамперед, за умови недостатнього сенсорного та соціального розвитку дитини. Однак, сенсорний розвиток в ранньому віці залежить не лише від достатньої кількості сенсорних стимулів, але й від рівня розвитку зорових, слухових орієнтовних реакцій у дитини, а також від розвитку здатності до сприйняття. При проведенні констатуючого експеримента ми досліджували дані показники.

Серед загальної кількості досліджуваних віком від трьох місяців до року, що проживають у сім'ї другу групу розвитку (відставання на один епікризний термін) стосовно зорових-орієнтовних реакцій (за К.Л.Печорою) мають 50,7% дітей, третю групу (відставання на два епікризних терміна) – 21,6%. І лише 27,7% дітей, за результатами дослідження, відносяться до першої групи розвитку, тобто мають нормальний розвиток зорових орієнтовних реакцій. Стосовно дітей, що за різних обставин проживають поза сім'єю розвиток зорових орієнтовних реакцій, що відповідає віковій нормі, має 14% дітей раннього віку, до другої групи розвитку відноситься 46%, до третьої – 31%. Особливе занепокоєння викликає те, що 9% досліджуваних раннього віку відносяться до четвертої групи розвитку, тобто мають відставання на три епікризних терміна.

Зауважимо, нормою розвитку дитини першого року життя вважають оволодіння уміннями та навичками в межах ±15 днів від паспортного віку. Сповільнений розвиток або затримка в розвитку - при формуванні умінь більш ніж 15 днів. На другому році життя за нормальний розвиток приймають формування умінь та навичок у межах трьох місяців, а на третьому році – у межах півріччя.

Нормальний рівень розвитку слухових-орієнтовних реакцій має 30,7% дітей, що проживають у сім'ї та 15,3% дітей, що проживають поза сім'єю. До

другої групи розвитку відноситься 47,3%, а до третьої 22% досліджуваних, що проживають з сім'єю. Стосовно дітей, що не проживають у сім'ї, другу групу розвитку має 45%, третю – 25,7% та четверту – 14% дітей раннього віку.

Затримку розвитку здатності до сприйняття, за результатами нашого дослідження, мають 35,5% дітей, що проживають у сім'ї та 50% дітей, що проживають поза сім'єю. Такі загальні результати відносно сенсорного розвитку ми мали на початок проведення профілактичної роботи.

Після проведення системи профілактичних занять було порівняно результати контрольної та експериментальної групи, до яких ввійшли діти раннього віку з діагнозом ДЦП, що проживають у сім'ї. З'ясувалося, що кількість дітей, які мають нормальний розвиток зорових орієнтовних реакцій збільшилася на 5,3%, а кількість дітей, що мали третю групу розвитку, тобто досить суттєве відставання, зменшилася на 4,6% (рис. 3.5).

Рис. 3.5 Рівень розвитку зорових орієнтовних реакцій у дітей, що проживають у сім'ї

В контрольній групі дітей (діти, а також батьки, що не приймали участь у профілактичній роботі, а були залучені лише до повторної діагностики) результати лишились майже незмінними (рис. 3.6).

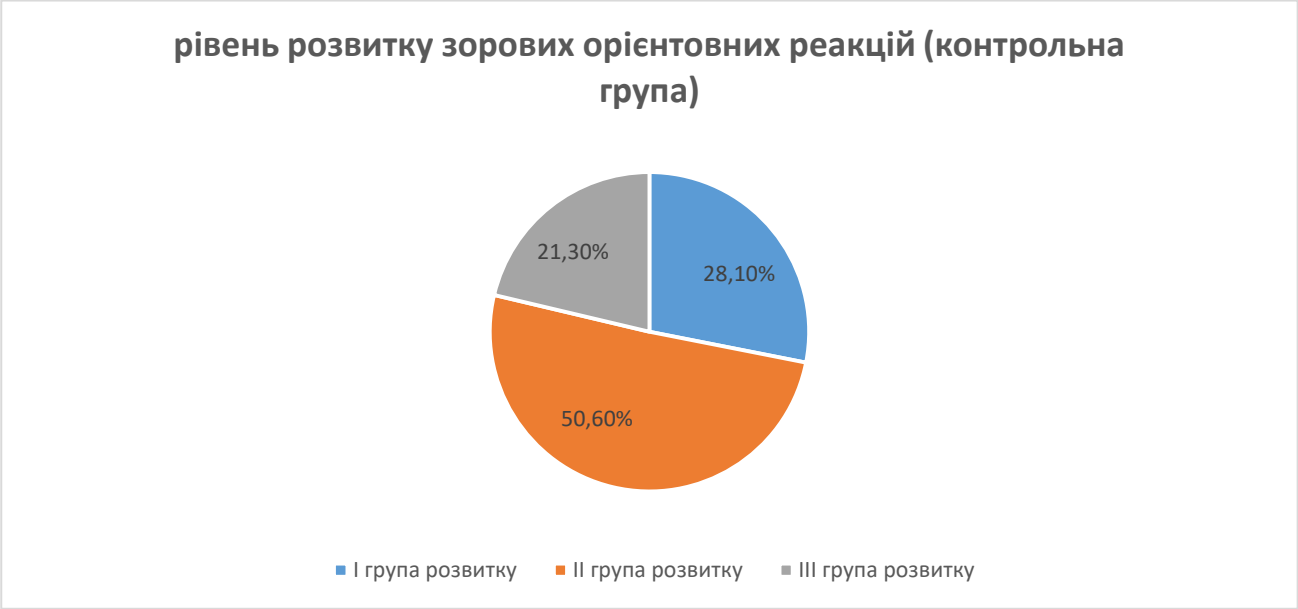

Рис. 3.6 Рівень розвитку зорових орієнтовних реакцій у дітей, що проживають у сім'ї

Порівнюючи результати контрольної і експериментальної групи досліджуваних, що проживають поза сім'єю, ми дійшли наступних висновків. У дітей, що приймали участь у профілактичній роботі, на наш погляд, спостерігаються певні покращення в рівні розвитку зорових орієнтовних реакцій. Так на 1% зменшилася кількість дітей, що відносяться до четвертого рівня розвитку і на 3% кількість дітей, що відносяться до третього рівня розвитку. В той же час на 2% зросла кількість дітей, що мають рівень розвитку, який відповідає віковій нормі. В контрольній групі, за час, що пройшов від моменту проведення констатуючого експерименту, кількість дітей, що мають четвертий рівень розвитку зорових орієнтовних реакцій зросла на 2% і на 1% кількість дітей, що мають третій рівень розвитку. Разом з тим на 3% зменшилася кількість дітей, що мали другий рівень розвитку. Отримані результати свідчать про певне погіршення рівня розвитку означеної сфери у дітей, що не приймали участі у профілактичній роботі. Узагальнені результати проведеного дослідження подано у вигляді таблиці (табл. 3.2).

Таблиця. 3.2

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку зорових орієнтовних реакцій контрольної і експериментальної групи

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	14%	14%	16%
II	46%	43%	47%
III	31%	32%	29%
IV	9%	11%	8%

Також, порівняльний аналіз був проведений стосовно рівня розвитку слухових орієнтовних реакцій. Зокрема, в експериментальній групі (діти, що проживають у сім'ї) відсоток дітей, що мають рівень розвитку, який відповідає віковій нормі зріс на 4,3%, в той же час, на 4% зменшилася кількість дітей, що мали третій рівень розвитку слухових орієнтовних реакцій. Стосовно результатів контрольної групи дітей, сім'ї яких не приймали участь у профілактичній роботі, результати залишилися практично не змінними (табл.3.3).

Таблиця. 3.3

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку слухових орієнтовних реакцій контрольної і експериментальної групи дітей, що проживають у сім'ї

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	30,7%	31%	35%
II	47,3%	47%	47%
III	22%	22%	18%

У дітей, що проживають поза сім'єю і приймали участь у профілактичні роботі, на 1,7% зріс рівень розвитку слухових орієнтовних реакцій, який відповідає віковій нормі, а також на 2% знизилася кількість досліджуваних, що

мали четвертий рівень розвитку, та на 2,7% знизилася кількість, що мали третій рівень розвитку. У дітей, що не були задіяні в профілактичні роботі, навпаки, спостерігається погіршення динаміки розвитку. На 1,3% знизилася кількість дітей, що відповідали нормативному розвитку. Разом з тим на 1% збільшилася кількість дітей, що мають четвертий рівень розвитку та на 2,3% збільшилася кількість дітей, розвиток яких на момент діагностики відповідає третьому рівню (табл.3.4).

Таблиця. 3.4

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку слухових орієнтовних реакцій контрольної і експериментальної групи дітей, що проживають поза сім'єю

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	15,3%	14%	17%
II	45%	43%	48%
III	25,7%	28%	23%
IV	14%	15%	12%

Важливо також проаналізувати динаміку розвитку здатності до сприйняття у дітей раннього віку з діагнозом ДЦП. Згадаймо, що 38% дітей, які проживають у сім'ї та 50%, що проживають поза сім'єю, за результатами наших досліджень, мали затримку у розвитку здатності до сприйняття. Результати діагностики, проведеної після профілактичної роботи свідчать про певну позитивну динаміку розвитку у дітей, що приймали участь у системі профілактичної роботи. Так, у дітей, що проживають у сім'ї 6,5% зменшилася кількість дітей, що мають затримку в розвитку сприйняття. В контрольній групі результати лишилися практично незмінними. Також на 5% в експериментальній групі знизилася кількість дітей із затримкою серед досліджуваних, які проживають поза сім'єю. Однак у контрольній групі кількість дітей із затримкою

рівня розвитку сприйняття за час проведення профілактичної роботи зросла на 4%. Порівняльні результати подані на діаграмі (рис.3.7).

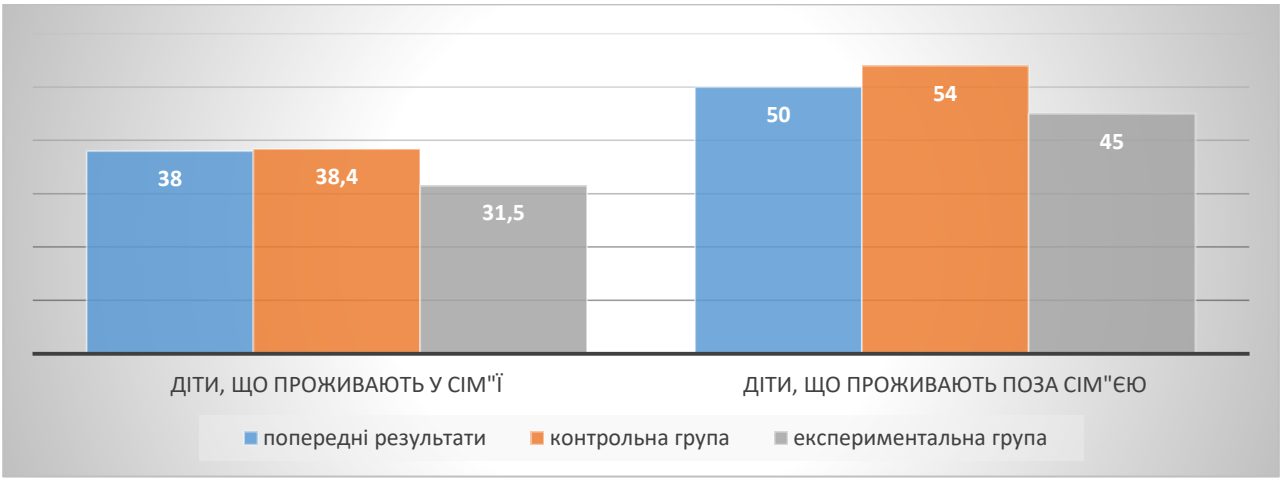

Рис.3.7 Порівняльний аналіз динаміки рівня розвитку сприйняття в контрольній та експериментальній групі

Крім поведінкових проявів та недостатнього сенсорного розвитку дитини раннього віку поява невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму, за результатами дослідження, пов'язані також з рівнем соціального розвитку дитини. Аналізуючи динаміку розвитку соціальної поведінки у дітей, що проживають у сім'ї контрольної та експериментальної групи ми дійшли наступних висновків.

В сім'ях, що не приймали участі у профілактичні роботі з моменту проведення попередньої діагностики у дітей в рівні розвитку соціальної поведінки змін не відбувалося. А оскільки ми розуміємо, що соціальна поведінка дітей даного віку формується в процесі соціалізації під впливом соціального середовища, насамперед, сім'ї, то ми припускаємо, що моделі взаємодії з дитиною, що надавали б їй можливість набувати соціального досвіду, у батьків лишаються незмінними. Це, в свою чергу, гальмує розвиток соціальної поведінки у дітей з діагнозом ДЦП, оскільки інші соціальні контакти, що виходять за межі сім'ї, у дитини часто обмежені внаслідок її захворювання.

У дітей, сім'ї яких разом з дітьми приймали участь в профілактичній програмі, навпаки, спостерігається позитивна динаміка розвитку соціальної

поведінки. Так, на 4% збільшилася кількість дітей, рівень розвитку соціальної поведінки яких відповідає віковій нормі. Разом з тим, на 4% зменшилася кількість дітей, рівень розвитку яких мав відставання на три епікризні терміни. Узагальнені результати подані в таблиці (табл. 3.5).

Табл.3.5

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку соціальної поведінки контрольної і експериментальної групи
(діти, що проживають у сім'ї)

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	12%	12%	16%
II	43,3%	43,1%	39%
III	26,7%	26,9%	31%
IV	18%	18%	14%

У дітей раннього віку, що проживають в умовах інтернату, ситуація з розвитком соціальної поведінки є досить складною. За результатами нашого дослідження не виявлено жодної дитини, рівень соціального розвитку якої повністю відповідав би віковій нормі. І, якщо не проводити систематичну профілактичну роботу, ситуація буде лише погіршуватися, оскільки з моменту попереднього дослідження кількість дітей, відставання в розвитку яких було в межах одного епікризного терміну зменшилася на 2%. Разом з тим на 1% зросла кількість дітей, що на момент діагностики має відставання на чотири епікризні терміни, що залежно від віку дитини має відставання в розвитку від місяця (для дітей до одного року) до двох років (для дитини трирічного віку). І ця тенденція не може не насторожувати.

За умови проведення з дітьми систематичної профілактичної роботи рівень соціального розвитку дитини має тенденцію до покращення. Так, серед досліджуваних, що проживають в інтернаті і були залучені до профілактичних занять, на 2% зменшилася кількість дітей, відставання в розвитку соціальної

поведінки було чотири епікризні терміни, на 2% зменшилася кількість дітей раннього віку відставання в розвитку яких визначалося трьома епікризними термінами і на 2,3% зросла кількість досліджуваних відставання в розвитку яких визначалося одним епікризним терміном. Таким чином, ми мали змогу спостерігати позитивну динаміку в розвитку навичок соціальної поведінки у дітей після проходження профілактичних занять. Узагальнені результати стосовно динаміки розвитку дітей, що проживають в умовах інтернату, подані в таблиці (табл. 3.6.).

Таблиця.3.6

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку соціальної поведінки контрольної і експериментальної групи
(діти, що проживають поза сім'єю)

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
II	33,3%	31,3%	35,6%
III	45,3%	47,3%	47%
IV	16%	15%	14%
V	5,4%	6,4%	3,4%

Затримка розвитку самостійності, як однієї з важливих умов соціального розвитку дитини раннього віку, була виявлена у 36% дітей, що проживають у сім'ї і 58% дітей, що позбавлені можливості проживати з рідними. В процесі профілактичної роботи даний показник знизився в обох групах дітей, що приймали участь у заняттях. Так у досліджуваних, що проживають у сім'ї відсоток дітей, що мали затримку в розвитку самостійності знизився на 8, також на 6% зменшилася кількість дітей, що проживають в умовах інтернату і мали означену затримку. В контрольних групах, що не приймали участь у профілактичних заняттях цей показник лишився майже незмінним.

І, нарешті, щодо загальної затримки соціального розвитку дітей раннього віку з діагнозом ДЦП. Дана затримка була виявлена у 42% дітей, що проживають

у сім'ї і 57%, що проживають поза сім'єю, що зайвий раз може свідчити про вирішальний вплив сім'ї на розвиток дитини раннього віку.

Проведена система профілактичних занять з дітьми та дорослими дозволила певною мірою поліпшити ситуацію. Так, серед дітей, що проживають у сім'ї кількість дітей, що мали затримку в соціальному розвитку, після проведення профілактичної роботи зменшилася на 8% і на 6% серед дітей, що проживають в інтернаті (рис. 3.8).

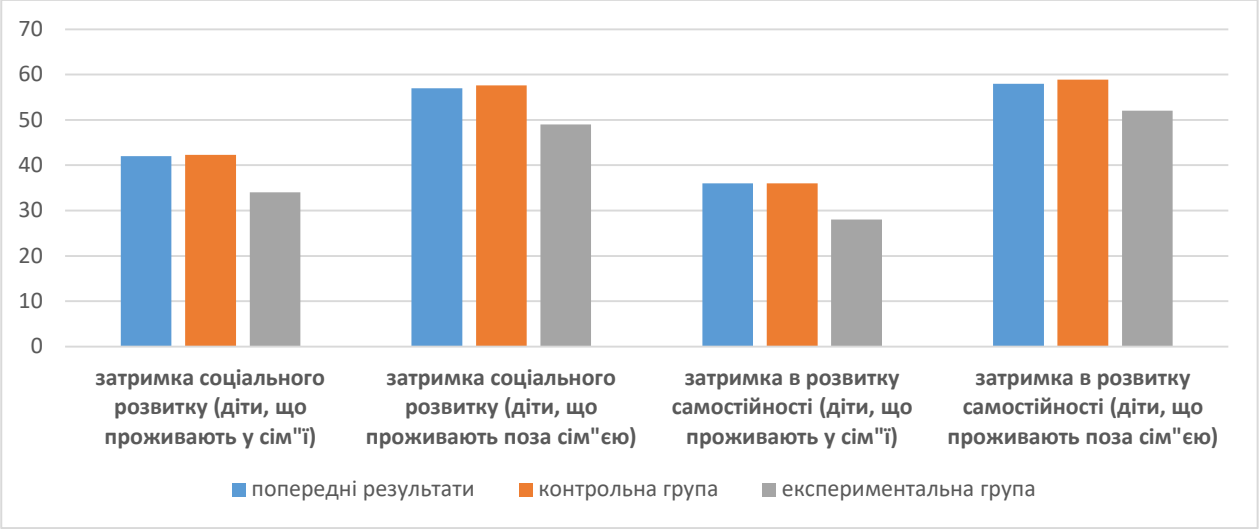

Рис.3.8 Порівняльний аналіз динаміки соціального розвитку в контрольній та експериментальній групі

Таким чином, після проведення системи профілактичних занять, спрямованих на запобігання та подолання синдрому госпіталізму у дітей раннього віку ми мали можливість спостерігати суттєве зменшення таких поведінкових проявів у досліджуваних як агресивність, негативізм, конфліктність, емоційну нестійкість та запальність. Крім того, була виявлена позитивна динаміка в розвитку зорових та слухових орієнтовних реакція, а також рівня розвитку сприйняття, соціальної поведінки, самостійкоості та соціального розвитку дитини. Все це дає підстави присускати, що розроблена система запобігає виникненню і сприяє частковій корекції соціальної депривації, що може проявлятися у дитини раннього віку, як одна із складових госпіталізму.

В свою чергу розроблена система профілактичної роботи запобігає появі і тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму, який також супроводжується затримкою соціального розвитку, зокрема, навичок самостійності, а також наявністю таких емоційних станів у дитини як емоційне відособлення, скутість, загальмованість, емоційна нестійкість, наявність страхів, тривожність та агресивність, а також уникнення розумових зусиль. Динаміка розвитку означених психологічних особливостей під впливом системи профілактичних занять описана вище.

Однак, щоб остаточно визначити вплив профілактичної програми на подолання тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму, доцільно звернути увагу на динаміку розвитку мовлення. За результатами дослідження затримка розвитку мовлення у дітей раннього віку з діагнозом ДЦП була виявлена у 35,5% досліджуваних, що проживають у сім'ї та 45% дітей, що проживають в умовах інтернату. Після завершення системи профілактичних занять в процесі діагностичної роботи було виявлено, що кількість дітей, які проживають у сім'ї і мали затримку в розвитку мовлення, зменшилася на 11,4, а серед дітей, які проживають в інтернаті ця кількість зменшилася на 7,6%. К контрольних групах, що не приймали участі в профілактичних заняттях динаміка розвитку мовлення не спостерігалася (рис 3.9).

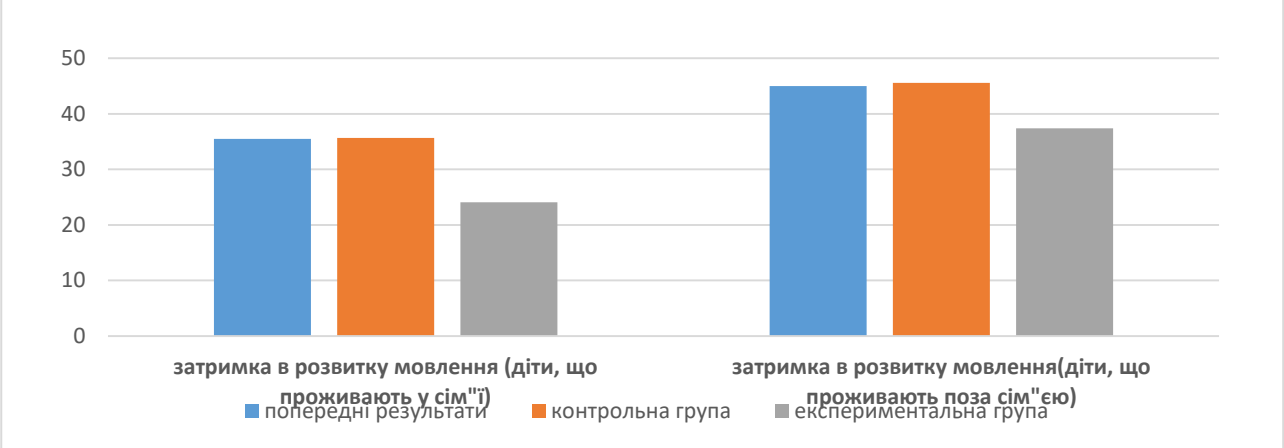

Рис.3.9 Порівняльний аналіз динаміки розвитку мовлення в контрольній та експериментальній групі

Варто також звернути увагу на рівень розвитку активного мовлення та наявність відставання в розвитку активного мовлення у дітей. За результатами дослідження серед дітей раннього віку, що проживають у сім'ї рівень розвитку активного мовлення, що відповідає віковій нормі має лише 17,6% досліджуваних, в той час як серед дітей, що проживають в умовах інтернату таких виявлено не було. Разом з тим, серед досліджуваних, що проживають поза сім'єю 14,3% дітей мають відставання в розвитку активного мовлення на 4 епікризні терміни, а серед дітей, що проживають у сім'ї такого суттєвого відставання виявлено не було.

Після участі дітей, що проживають у сім'ї, в профілактичних заняттях на 4,4% зросла кількість тих, розвиток активного мовлення яких відповідає віковій нормі, разом з тим на 2,7% зменшилася кількість досліджуваних, що мали відставання на три епікризні терміни та на 2,2% – що мали відставання на два епікризні терміни. Разом з тим суттєвих змін в розвитку активного мовлення дітей, що не були задіяні в профілактичні роботі за даний час не відбулося.

Ми прослідкували динаміку змін в розвитку мовлення і у досліджуваних, які проживають в інтернаті. Важливим показником для нас є те, що після участі в профілактичній програмі 1,5% дітей вийшли на рівень розвитку активного мовлення, що відповідає віковій нормі. Навіть, якщо цей відсоток видається незначним, для нас це є свідченням ефективності системи роботи, яка була проведена з дітьми. Крім того, на 3,3% зменшилася кількість досліджуваних, які мали відставання в розвитку мовлення на чотири епікризні терміни і на 2,2% – кількість дітей, що мали відставання на три терміни. Узагальнені результати розвитку активного мовлення подані в таблиці (табл.3.7 та табл. 3.8).

Таблиця.3.7

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку активного мовлення контрольної і експериментальної групи
(діти, що проживають в сім'ї)

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	17,6%	18,1%	22%
II	50,7%	50,2%	50%
III	22%	22,6%	21%
IV	9,7%	9,1%	7%

Таблиця.3.8

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку активного мовлення контрольної і експериментальної групи
(діти, що проживають поза сім'єю)

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	-	-	1,5%
II	18,7%	17%	21,5%
III	47,3%	48%	48,5%
IV	19,7%	20%	17,5%
V	14,3%	15%	11%

Таким чином, дослідивши динаміку змін усіх змінних, що на етапі попереднього дослідження увійшли до фактору «емоційна депривація», можна стверджувати, що система розробленої профілактичної роботи сприяє запобіганню появі тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму, а також, частковій його корекції.

Неможливість задовольнити свою потребу у контакті з дорослими та однолітками, відсутність успішної комунікації, в процесі якої дитина раннього віку виражає свої емоції, бажання, переживання, потреби може призвести до виникнення депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Про

наявність у дитини даного варіанту перебігу, зокрема, можуть свідчити такі поведінкові прояви як емоційне відособлення, застрягання, нерішучість, тривожність. Було доведено, що розроблена нами профілактична система сприяє зниженню означених проявів та емоційній стабілізації дитини. Однак, на наш погляд, емоційні прояви в даному випадку є вторинними ознаками комунікативної депривації. Основною ж її причиною ми вважаємо суттєву затримка в розвитку мовлення у дитини раннього віку. Досліджуючи вплив розробленої системи на профілактику госпіталізму вцілому і на подолання окремих варіанту перебігу синдрому госпіталізму, ми вже розглядали такі аспекти, як розвиток активного мовлення, а також затримку розвитку мовлення, адже саме рівень розвитку цих процесів впливає на виникнення емоційної депривації у дітей раннього віку. Варто також звернути увагу на розуміння дитиною мови та затримку в здатності розуміти мову.

Звернемо увагу на те, що за результатами попередньої діагностики лише 20% дітей з ДЦП, що проживають у сім'ї мають рівень розвитку розуміння мови, що відповідає віковій нормі. В той час як 12% дітей мали відставання на три епікризні терміни і 25% – на два епікризні терміни. Тобто близько 37% дітей, які приймали участь у дослідженні вже в ранньому віці мають суттєву затримку в розвитку здатності розуміти мову. Після проведення занять, що були спрямовані на профілактику госпіталізму у дітей, на 4% збільшилася кількість дітей, мовний розвиток яких відповідає віковій нормі і на два відсотки зменшилася кількість тих, розвиток яких оцінювався як відставання на три епікризні терміни. Узагальнені результати розвитку здатності розуміти мову у дітей раннього віку подані в таблиці 3.9.

Таблиця.3.9

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку здатності розуміти мову контрольної і експериментальної групи (діти, що проживають в сім'ї)

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експеримент. група
I	20%	20%	24%
II	43%	42,5%	43%
III	25%	25,5%	23%
IV	12%	12%	10%

Серед дітей раннього віку, що проживають в умовах інтернату, лише у 7,7% досліджуваних виявлено рівень розвитку здатності розуміти мову, що відповідає віковій нормі. 3% дітей в здатності розуміти мову відстають на чотири епікризні терміни, 28,3% - на три епікризні терміни і 38% - на два терміни. Таким чином, понад 63% дітей раннього віку з діагнозом ДЦП, що проживають поза сім'єю, мають суттєве відставання в розвитку здатності розуміти мову. Проведені профілактичні заняття дали змогу на 1,3% збільшити кількість дітей, рівень розвитку яких відповідає віковій нормі. Можливо, така кількість може видатися недостатньою, однак треба враховувати той момент, що діти, які проживають в умовах інтернату, не завжди мають умови для повноцінного, регулярного та ефективного спілкування зі значимими дорослими. А саме, в процесі такого спілкування в ранньому віці відбувається розвиток мови та мовлення у дітей, розвивається словниковий запас та розуміння зверненого до дитини мовлення, удосконалюються мовленнєві конструкції, формується вміння користуватися мовою, як засобом задоволення потреби в безпеці, любові та як засобу спілкування. Тому, візьмемо на себе сміливість визначити певну успішність профілактичної системи. Результати аналізу рівня розвитку здатності розуміти мову контрольної і експериментальної групи відображені в таблиці (табл. 3.10).

Таблиця.3.10

Узагальнені результати порівняльного аналізу рівня розвитку здатності розуміти мову контрольної і експериментальної групи (діти, що проживають поза сім'єю)

Рівень розвитку	Результати констатуючого експерименту	Результати після проведення профілактичної роботи	
		Контрольна група	Експериментальна група
I	7,7%	7%	9%
II	23%	23%	28%
III	38%	38%	35%
IV	28,3%	29%	26%
V	3%	3%	2%

Крім того, про успішність застосування даної системи занять з дітьми раннього віку, на наш погляд, свідчить той факт, що на 1% зменшилася кількість дітей, рівень мовленнєвого розвитку яких відставав на чотири епікрізні терміни і на 3% - рівень розвитку яких мав відставання на три терміни, що, на даному етапі вікового розвитку є досить суттєвою проблемою.

Як відомо, виникнення рухової депривації пов'язано з ситуаціями обмеження рухів. Такі ситуації виникають у дітей в результаті травм, хвороб тощо. Зрозуміло, що діти з діагнозом ДЦП знаходяться в групі ризику щодо виникнення моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму.

За результатами попередніх досліджень затримку в розвитку моторики мають 83% дітей, що проживають у сім'ї, затримку в розвитку дрібної моторики – 41% досліджуваних віком від трьох місяців до року. Рівень оволодіння вміннями і навичками лише у 8,7% відповідає віковій нормі, у 12,3% діагностовано відставання на три епікризні періоди, вміння діяти з предметами лише у 13,3% відповідає віковій нормі.

У дітей раннього віку, що проживають в умовах інтернату, затримка в розвитку моторики було діагностовано у 87,5% досліджуваних, затримку в розвитку дрібної моторики – у 55% дітей. В процесі дослідження не було виявлено жодної дитини, розвиток навичок і умінь якої відповідав би віковій

нормі, разом з тим у 14,5% дітей, означений розвиток відстає на чотири епікризні терміни, а у 30,7% - на три епікризні терміни.

За результатами нашого дослідження про наявність у дитини раннього віку моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму свідчить недостатній соціальний розвиток, низький рівень розвитку активного мовлення та розуміння дитиною мови, такі емоційні та поведінкові прояви як нерішучість та тривожність. Профілактична система, яка була нами застосована в практичній діяльності сприяє попередженню, подоланню та частковій корекції цих проявів. Однак найскладнішим завданням виявилася профілактика затримки в розвитку моторики, оскільки цей розвиток гальмується і ускладнюється особливостями перебігу захворювання. В свою чергу недостатній розвиток моторики обмежує можливості дитини в оволодінні навичками конструктивної та образотворчої діяльності та навичками, що відповідають віковому розвитку дитини.

Не можемо констатувати, що система профілактики суттєво вплинула на моторний розвиток дитини. Радше за все, для комплексного подолання виникнення моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку ефективним є застосування корекційної програми із залученням не лише психологів, педагогів, але й медичних працівників, зокрема, неврологів, масажистів, реабілітологів. Підтвердження цієї думки є і в нашому дослідженні, адже діти, які проживають у сім'ї, і проходили курс лікування під наглядом лікарів мають певну позитивну динаміку розвитку в моторної сфері. Однак, в нашому дослідженні ми не описуємо ці результати, оскільки отримані дані не корелюють безпосередньо із застосуванням розробленою нами системи профілактики.

Не менш важливим в профілактиці госпіталізму у дітей, за результатами нашого дослідження, є ставлення батьків до діагнозу своєї дитини, особливостей її розвитку, залучення батьків до процесу реабілітації та профілактики. При неприйнятті чи нерозумінні проблем в розвитку дитини раннього віку, недостатнє емоційне спілкування з дитиною чи його відсутність, заперечення

необхідності безперервного та тривалого проведення лікувально-реабілітаційних, розвивальних та профілактичних заходів з боку батьків суттєво ускладнюють розвиток дитини, її адаптацію до соціуму та сприяють появі синдрому госпіталізму у дітей. Зокрема, ставлення батьків є одним із визначальних факторів появи у дитини раннього віку емоційної та комунікативної депривації. Саме тому, в межах профілактичної роботи з батьками та вихователями, які безпосередньо контактують з дитиною, була проведена система занять, що включала в себе лекційну та тренінгову роботу, спрямовану на прийняття дитини, усвідомлення наявних проблем та шляхів допомоги.

Зауважимо також, що за результатами наших досліджень, припинення тривалої депривації у дитини раннього віку призводить до нормалізації в поведінці, емоційної стабілізації, позитивної динаміки загального розвитку дитини. Найбільш сприятливим є прогноз у розвитку дитини даного віку, якщо позбавити її депривації до року.

З метою дослідження впливу системи профілактики на попередження синдрому госпіталізму у дітей з ДЦП віком від трьох місяців до трьох років ми застосовували процедуру факторного аналізу.

Для подальшої інтерпретації було відібрано три фактори, доля сукупної дисперсії якиї складає 58,6%. До складу першого фактору (21,8%) ввійшли наступні змінні: соціальний розвиток (0,66), самообслуговування (0,62), розвиток мови (0,55), розуміння мови (0,58), тривожність (-0,49), емоційна відособленість (-0,48), емоційна нестійкість (-0,51), перцепція (0,58), вміння та навички (0,43), страхи (-0,43), спокійні і доброзичливі стосунки у сім’ї (0,47).

Змінні, що ввійшли до даного фактору свідчать про ефективність застосування системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку.

Зокрема, у дітей суттєво знизилися такі емоційні прояви як тривожність, емоційна відособленість, емоційна нестійкість та страхи. Перераховані емоційні

прояви були характерними при наявності у дитини депресивного та тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Емоційна нестійкість була також характерним проявом невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Поліпшилися, також, показники розвитку мовлення та розуміння мови у дітей, що, знову ж таки говорить на користь подолання проявів депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Про подолання тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму свідчить позитивна динаміка формування функції соціального розвитку та розвиток навичок самостійності. Формування функцій соціального розвитку є також важливим аспектом у роботі, що спрямована на попередження виникнення невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Про ефективність проведених занять свідчить, також, і позитивна динаміка в розвитку перцептивної сфери у дітей, що були задіяні в профілактичній роботі. Крім того, ми спостерігаємо позитивну динаміку у стосунках в сім'ї. Таким чином, за умови створення сприятливих умов для оптимального психічного розвитку дітей раннього віку ми можемо говорити про підвищення функціональних і адаптивних можливостей у дітей з ДЦП, що, в свою чергу, сприяє попередженню виникнення у них синдрому госпіталізму.

До складу другого фактора (19,2) ввійшли наступні змінні: затримка розвитку здатності до сприйняття (-0,57), зорово-орієнтовні реакції (0,48), слухові орієнтовні реакції (0,52), сенсорний розвиток дитини (0,46), соціальний розвиток дитини (0,51), агресивність (-0,47), негативізм (-0,45), конфліктність (-0,46), емоційна нестійкість (-0,46), запальність (-0,52), емоційна нестійність (0,48), конфлікти з дитиною (-0,44).

Змінні, що ввійшли до даного фактору, відображають практично весь спектр психологічних особливостей, які характеризують ознаки невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку. Ми пам'ятаємо, що, за результатами наших досліджень, недостатність сенсорних стимулів гальмує перцептивний і соціальний розвиток дитини, і може бути причиною виникнення госпіталізму у дітей. Аналізуючи змінні, шо ввійшли до даного фактору, ми

дійшли висновку, що систематична участь в профілактичних заняттях дозволяє уникнути появи у дітей невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму, оскільки в процесі взаємодії з дітьми та батьками, які створювали для дитини сенсорний простір вдома, поліппшилися зорові та слухові орієнтовні реакції, вдалося знизити відсоток дітей, які мали затримку розвитку здатності до сприйняття, підвищився рівень сенсорного та соціального розвитку дитини. Ми, також, звернули увагу на те, що знизилися емоційні прояви, які виникають при невротичному варіанті перебігу синдрому госпіталізму, зокрема, агресивність, негативізм та конфліктність. За оцінкою батьків, відсутні конфлікти з дитиною, що може свідчити про переосмислення батьками своїх стосунків з дітьми та розуміння і прийняття психологічних особливостей своєї дитини. Стосовно дітей, що перебувають в умовах інтернату, отримані результати також можуть свідчити про те, що дитина раннього віку отримує достатньо уваги і підтримки з боку значимого дорослого, що значною мірою впливає на емоційний стан дитини. Таким чином, можна стверджувати, що профілактичні заняття сприяють попередженню появи даного варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дитини раннього віку і чим раніше їх застосовувати в практичній роботі з дітьми, тим більший ефект вони матимуть.

Останній фактор (17,6%), на якому, з нашої точки зору, необхідно зупинитися, свідчить про те, що діти раннього віку з ДЦП переживають моторно-руховий варіант перебігу синдрому госпіталізму, який, виключно завдяки роботі психолога чи педагога, складно подолати. Змінні, що ввійшли до даного фактору підтверджують наші висновки: прямоходіння (-0,55), самостійність (0,46), дрібна моторика (-0,41), вміння та навички (-0,45), конфліктність (-0,49), запальність (- 0,48), тривожність (0,51), нерішучість (0,43).

Таким чином, діти, які внаслідок захворювання не можуть повноцінно рухатися, навіть за умови проведення профілактичної роботи, зберігаються емоційні прояви, які, за результатами нашого дослідження, супроводжують моторно-руховий варіант перебігу синдрому госпіталізму. Зокрема, мова йде про

нерішучість і тривожність. Однак позитивним є те, що частково розвивається здатність дитини до самостійності, хоча є серйозні складнощі в розвитку дрібної моторики та оволодіння вміннями та навичками, які б відповідали віковому розвитку дітей. Разом з тим, в процесі роботи з дітьми вдалося суттєво знизити рівень конфліктності та прояви запальності дітей.

Отже, застосування системи профілактики є ефективним в попередженні і частковій корекції синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з діагнозом ДЦП, а саме, в попередженні появи депресивного, тривожного та невротичного варіанту перебігу синдрому госпіталізму. Однак, для успішного запобігання появі моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму необхідна комплексна і систематична робота різних фахівців.

Висновки до третього розділу

1. Обґрунтовано актуальність психолого-педагогічної роботи з дітьми раннього віку з діагнозом ДЦП, що спрямована на подолання виділених варіантів перебігу синдрому госпіталізму.

2. Розроблено систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, що включає первинну, вторинну та третинну профілактику. Зокрема, первинна профілактика, спрямована на попередження виникнення симптомів госпіталізму ще до їх появи; вторинна має на меті превенцію його загострення, коли в дитини наявні прояви госпіталізму; третинна - організовується з метою запобігання повторення на етапі, коли в процесі профілактичної роботи вдалося подолати прояви госпіталізму.

Відповідно до мети і завдань дослідження побудовано систему профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, де виокремлено напрями, умови та сфери реалізації заходів первинної, вторинної і третинної профілактики. Первинна та третинна ланки системи профілактики є однаковою за змістом і методами профілактичної роботи для всіх варіантів

перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП. Вторинна ланка системи профілактики вибудовується відповідно наявності ознак того чи іншого варіанту перебігу синдрому госпіталізму і націлена на подолання і усунення проявів комунікативної, емоційної, сенсорної та рухової депривації, як домінуючих чинників появи синдрому госпіталізму. На всіх етапах профілактичної роботи обов'язковим було проведення діагностичної, просвітницької та консультативної роботи з батьками дітей.

3. Доведено, що використання системи профілактики є ефективним при подоланні таких варіантів перебігу синдрому госпіталізму як невротичний, депресивний, тривожний, моторно-руховий. Для подолання моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП необхідно залучення до комплексної та систематичної робота різних фахівців, що працюють з даним захворюванням.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових джерел та результати емпіричного дослідження профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем дали підстави дійти наступних висновків:

1. Узагальнення підходів до вивчення синдрому госпіталізму в дітей дав можливість з'ясувати, що єдиного затвердженого визначення поняття «госпіталізм», його структури, специфіки діагностики і профілактичної роботи з його попередження натепер не існує, оскільки, науковці підходять до його розуміння по-різному, погоджуючись у тому, що вирішальний вплив на виникнення даного синдрому здійснює розлучення із матір'ю або особою, яка її заміняє, що відбувається в ранньому віці дитини.

Визначено, що в науковій літературі синдром госпіталізму розглядається через призму поняття «депривація» і може проявлятися симптомами материнської, сенсорної, комунікативної, емоційної, рухової та соціальної депривації.

Констатовано, що часто синдром госпіталізму виникає у дітей з ДЦП, які страждають від рухових, психічних, мовленнєвих порушень та відрізняються специфічним розвитком пізнавальної сфери, оскільки змушені тривалий час проводити в розлуці з матір'ю під час отримання лікування або перебування в будинках дитини та інтернатах.

За результатами аналізу, систематизації та узагальнення теоретичних джерел розроблено теоретичну модель синдрому госпіталізму та своє визначення даному синдрому. Отже, в дослідженні синдром госпіталізму розглядали, як погіршення стану здоров'я та порушення розвитку (психічного, інтелектуального, емоційного, мовленнєвого, фізичного) внаслідок відділення дитини від матері або осіб, які її заміняють, і не задоволення основних потреб у догляді, турботі, спілкуванні, цілеспрямованому розвитку. Також з'ясовано, що натепер немає розробленої і апробованої системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей саме раннього віку з ДЦП. Отже, в нашому дослідженні

розглядали профілактику синдрому госпіталізму у даної категорії дітей як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву; заходи, спрямовані на попередження переходу хвороби у її хронічні форми а також превентивна робота з батьками, або особами, що їх заміщують.

Розроблено і обґрунтовано програму дослідження проявів госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП. Здійснено теоретико-методологічний і статистичний аналізи результатів емпіричного вивчення проявів госпіталізму у дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем.

Дослідження вікових особливостей прояву госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, які проживають у сім'ї та поза її межами виявило такі особливості: у дітей з ДЦП, які проживають поза сім'єю, найбільші проблеми виявлені в мовленнєвому, моторному розвитку, а також в розвитку емоційної сфери та соціальної взаємодії; в той же час, у дітей, які проживають у сім'ї, найбільш суттєві відхилення в розвитку спостерігаються в емоційній та моторній сфері.

2. Узагальнення та якісно-статистична обробка емпіричного матеріалу дослідження дали змогу виокремити варіанти перебігу синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, а саме: невротичний, депресивний, тривожний, моторно-руховий, про наявність яких свідчать прояви рухової, сенсорної, емоційної та комунікативної депривація.

Особливостями депресивного варіанту перебігу синдрому госпіталізму є переживання дитиною негативних емоційних станів (пригніченість, плач, депресивний настрій, емоційне відособлення, застрягання, нерішучість, тривожність), суттєва затримка в розвитку мови і мовлення, не відповідна адаптація до середовища закладу (лікарня, будинок дитини тощо), регресія, монотонні стеріотипні рухи.

Психологічними маркерами тривожного варіанту перебігу синдрому госпіталізму є переживання негативних емоційних станів (емоційне

відособлення, скутість, загальмованість, емоційна нестійкість, поява ранніх страхів, тривожність, агресивність,), бідна гама емоцій, знижений фон настрою, одноманітність емоційно-експресивних засобів спілкування та затримка соціального розвитку, навичок самостійності, розвитку вмінь та навичок, що відповідають вікові, уникнення дитиною розумових зусиль та недостатній розвиток мови.

Невротичний варіант перебігу синдрому госпіталізму характеризується наявністю у дитини негативних емоційних станів (агресивність, негативізм, конфліктність, емоційна нестійкість, запальність, ворожість до інших, підозрілість), хронічного психоемоційного напруження.

Маркерами моторно-рухового варіанту перебігу синдрому госпіталізму є наявність негативних емоційних станів (нерішучість, тривожність, страх всього невідомого), обмежений досвід контактування з різними предметами, формами, відсутність інтересу до освоєння навколишнього світу, порушення в оволодінні навичками, що відповідають віковому розвитку дитини, труднощі в оволодінні навичками конструктивної та образотворчої діяльності, низький рівень розвитку активного мовлення та розуміння мови, недостатній соціальний розвитку.

3. Розглянуто підходи до профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП та психолого-педагогічні умови профілактичної роботи з дітьми . Зміст профілактичної роботи передбачає тривалу і послідовну допомогу фахівців і батьків в усуненні рухових, інтелектуальних, мовленнєвих, поведінкових порушень з урахуванням специфіки соматичного, неврологічного і психічного стану дитини, а також індивідуальних особливостей.

Умовами ефективного здійснення профілактики синдрому госпіталізму є: включення медичних працівників та психолога лікувального закладу до надання психопрофілактичної і корекційної допомоги дітям раннього віку з ДЦП; соціально-психологічне спрямування профілактичної роботи на формування комунікативних навичок дітей, корекція порушень емоційного та особистісного розвитку (збудливості, впертості, негативізму, інфантильності та ін.); активне

використання рухливих та пізнавальних завдань та ігор, що передбачають розширення кругозору дитини; розвиток її інтелектуальних та комунікативних здібностей, вдосконалення рухової діяльності дітей з ДЦП та, безпосередня, профілактична робота з батьками дітей раннього віку з ДЦП, як важливими учасниками психолого-педагогічного супроводу дітей зазначеної категорії.

4. Розроблено та експериментально перевірено систему профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП. що включає первинну, вторинну та третинну профілактику. Зокрема, первинна профілактика, спрямована на попередження виникнення симптомів госпіталізму ще до їх появи; вторинна має на меті превенцію його загострення, коли в дитини вже наявні прояви госпіталізму; третинна організовується з метою запобігання повторення на етапі, коли в процесі профілактичної роботи вдалося подолати прояви госпіталізму.

Відповідно до мети і завдань дослідження побудовано системи профілактики синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, де виокремлено напрями, умови та сфери реалізації заходів первинної, вторинної і третинної профілактики. Первинна та третинна ланки системи профілактики є однаковою за змістом і методами профілактичної роботи для всіх варіантів перебігу синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП. Вторинна ланка системи профілактики вибудовується відповідно наявності ознак того чи іншого варіанту перебігу синдрому госпіталізму і, відповідно, націлена на подолання і усунення проявів комунікативної, емоційної, сенсорної та рухової депривації, як домінуючих чинників появи синдрому госпіталізму. На всіх етапах профілактичної роботи обов’язкове проведення діагностичної, просвітницької та консультативної роботи з батьками дітей.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми і не претендує на завершеність у висвітленні. У контексті даної проблеми є перспективними напрямками розробка методичних рекомендацій для батьків або

законних представників дитини щодо особливостей виховання та розвитку дітей раннього віку з ДЦП.

Список літератури

1. Алексєєнко Т. Ф. Соціальна педагогіка : словник-довідник. Вінниця : Планер, 2009. 542 с.

2. Бевз Г. М. Прийомна сім'я: соціально-психологічні виміри : монографія. Київ : Слово, 2010. 352 с.

3. Бевз Г. М. Прийомні сім'ї (оцінка створення, функціонування та розвитку). Київ : Главник, 2006. 112 с.

4. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 208 с.

5. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 1995. 640 с.

6. Бондаренко Т. В. Ризики у формуванні ідентичності дитини в процесі її вікового розвитку. *Правничий вісник Університету «КРОК».* 2012. № 12. С. 115–120.

7. Бондаренко Т. В., Журавель Т. В., Звєрєва І. Д. Підвищення виховного потенціалу прийомних батьків та батьків-вихователів : навч.-метод. пос. Київ : «Версо», 2011. 672 с.

8. Боулби Дж. Детям – любовь и заботу. *Лишение родительского попечительства* / под ред. В. С. Мухиной. Москва, 1991. С. 220–233.

9. Боулби Дж. Привязанность. Москва. : Гардарики, 2003. 477 с.

10. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. Москва : Академ. проект, 2004. 232 с.

11. Бочаріна Н. О. Особливості розвитку особистості дитини в умовах психічної депривації. *«Молодий вчений».* 2016. № 6 (33). С. 398–402.

12. Быстрова Т. М. Оптимизация психического развития детей раннего возраста с материнской депривацией (воспитанников дома ребенка) средствами ведущего вида деятельности : автореф. дисс. … канд. психол. наук : 19.00.10. Нижний Новгород, 2009. 18 с.

13. Вавіна Л.С. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушенням опорно-рухового апарату та розумового розвитку/ за ред. Л.С.Вавіної. Київ: АТОПОЛ,2010.242 с.

14. Викторович О. Госпитализм: причины и методы лечения синдрома. URL: https://mozg.expert/sindromy/gospitalizm/ (дата обращения 17.03.2020).

15. Винникот Д. В. Разговор с родителями. Москва : Класс, 1994. 112 с.

16. Винникот Д. В. Семья и развитие личности. Екатеринбург : Литур, 2004. 400 с.

17. Волинець Л. С., Капська А. Й., Комарова Н. М. Соціальне становлення дитини у прийомній сім`ї: соціальний супровід : навч.-метод. посіб. К. : Український інститут соціальних досліджень, 2000. 127 с.

18. Волинець Л. С., Комарова Н. М., Антонова-Турченко О. Г. Соціальне сирітство в Україні : експертна оцінка та аналіз існуючої в Україні системи утримання та виховання дітей, позбавлених батьківського піклування. Київ. : Український інститут соціальних досліджень, 1998. 116 с.

19. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2010. № 10. С. 120 –128.

20. Ворошнина О. Р. Психологическая коррекция депривированного материнства. Москва. : Педагогика, 2008. 202 с.

21. Вроно Е. М. Несчастливые дети – трудные родители. Москва. : Семья и школа, 1997. 128 с.

22. Выготский Л. С. Психология. Москва., 2000. 1008 с.

23. Гасюк Н.І. Оцінка психомоторного розвитку передчасно народжених дітей на першому році життя / Н. І. Гасюк // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії No 3-1 (51) / том 15 / 2015. С.368-371

24. Галигузова Л. Н., Мещерякова С. Ю. Педагогика детей раннего возраста. Москва. : Владос, 2007. 301 с.

25. Гордеева О. В. Изменение состояния сознания при сенсорной депривации. *Вестник Московского университета*. *Серия 14 «Психология»*. 2004. № 2. С. 66–82.

26. Гошовська Д. Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу : навч.-метод. пос. Луцьк, 2011. 265 с.

27. Гошовський Я. О. Феноменологія інституційної депривації: ревіталізаційні аспекти. *Психологічні перспективи.* 2015. № 26. С. 84–96.

28. Гриньова О.М., Терещенко Л.А. Дитяча психодіагностика: навчально-методичний посібник. Вінниця: Ніланд-ЛТД, 2015. 227с.

29. Грицюк Н. О. Феномен дефіциту спілкування у дошкільному віці. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2011. Вип. 2. С. 29–40.

30. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю. С. Шевченко. Москва. : Мед. информ. агентство, 2011. 928 с.

31. Детская психиатрия: учебник / Под ред. Г. М. Кожиной, В. Д. Мишиева. Київ : ВСИ «Медицина», 2012. 416 с.

32. Детская психоневрология / Под ред. Л. А. Булаховой. Київ. : Здоров’я, 2001. 496 с.

33. Дмитріюк Н. С. Науково-практичний аспект проблеми депривованої особистості. *Актуальні проблеми психології*. Київ., 2015. Т. 1. Вип. 42. С. 128–133.

34. Дмитріюк Н. С. Теоретичний аналіз феномену психічної депривації особистості дитини у психологічній науці. *Психогенеза особистості: вікові та педагогічні модифікації* : монографія. Луцьк. 2014. С. 92–109.

35. Дмишко О. Невротичні розлади у дітей та фактори їх виникнення. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації* : український науковий журнал. 2014. № 4. С. 105–115.

36. Дольто Ф. На стороне ребенка. СПб. : Перетбург-XXI век, 1997. 527 с.

37. Дорофеева Т. Госпитализм у детей из сиротских учреждений URL: http://r-serdce.ru/zdorove-rebenka-bolezni-i-diagnozyi/ (дата обращения: 15.06.2019).

38. Дубровина И. В., Рузская А. Г. Психическое развитие воспитанников детского дома. Москва. : Педагогика, 1990. 265 с.

39. Єжова Т. Є. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливостями психофізичного розвитку як умова реалізації їх права на освіту. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць К-ПНУ ім. І. Огієнка. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2012. Вип. XVIII. С. 130–138.

40. Єржабкова Б. Вибрані питання соціальної педагогіки. Дрогобич : Вимір, 2003. – 364 с.

41. Журавель Т. В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. *Соціальна педагогіка* : навч. посібник / За заг. ред. О. В. Безпалько. Київ. : Академвидав, 2013. С. 85–101.

42. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. Москва. : ЭКСМО-Пресс, 2000. 448 с.

43. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста : учебник для вузов. СПб. : СпецЛит, 2007. 463 с.

44. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей. Москва. : Медицина, 1990. 576 с.

45. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії. Дрогобич, 2012. 372 с.

46. Кащук В. Сутність сенсорного розвитку сучасної дитини раннього віку. *Вісник Інституту розвитку дитини.* 2015. № 6. URL: https://ird.npu.edu.ua/q-q-36/-6.] (дата звернення 15.03.2020).

47. Козявкин В. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы /В. Козявкин. Львов : Українські технології, 2005. 234 с.

48. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж. Развитие в психоанализе. Москва. : Академ. Проект, 2001. 512 с.

49. Коваль Л. Г., Звєрєва І. Д., Хлєбік С. Р. Социальная педагогика / социальная работа : навч. посібник. Київ. : ІЗМН, 2007. 392 с.

50. Кокорева Е. Г., Елисеев Е. В. Влияние различных видов депривации на развитие детского организма. *Вестник ЧГПУ*. 2013. № 12.2. С. 279–287.

51. Комарова Н. М., Мельничук Л. М., Пєша І. В. Питання формування ефективності родинних форм влаштування дітей, позбавлених батьківського піклування. Київ. : ДІПСМ, 2004. 128 с.

52. Корнакова Е. М. Теория привязанности Джона Боулби как основа формирования гармоничных детско-родительских отношений. *Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета*. 2016. № 3. С. 35–42.

53. Крупник І. Р. Феномен психічної депривації та його значення в сучасному суспільстві. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. Київ., 2012. Т. 14. Ч. 1. С. 156–163.

54. Кукуруза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Харків: ООО «Планета-принт», 2013. 244 с.

55. Курінна С. М. Теорія і методика соціально-педагогічної роботи з дітьми-сиротами в умовах дитячого будинку : автореф. дис. … д-ра пед. наук : 13.00.05. Слов'янськ, 2014. 38 с.

56. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага : Мед. Изд-во «Авиценум», 2004. 334 с.

57. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пос. Москва. : Изд. центр «Академия», 2001. 192 с.

58. Левченко И. Ю., Приходько О. Г., Гусейнова А. А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. Москва. : Книголюб, 2008. 176 с.

59. Левченкова В. Д. Морфологическая основа восстановительного лечения последствий перинатального повреждения центральной нервной системы и детского церебрального паралича. *Коррекционная педагогика : Теория и практика.* 2008. № 3 (27). С. 22–24.

60. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения (отрывок из книги М. И. Лисиной «Проблемы онтогенеза общения»). *Теоретическая и экспериментальная психология.* 2009. Т. 2. № 2. С. 101–110.

61. Максименко Е. Г. Особенности функционирования механизмов психологической защиты личности в условиях родительской депривации : автореф. дисс. … канд. психол. наук : 19.00.01. Донецк, 2008. 24 с.

62. Максименко О. Г. До питання про психічну депривацію в ранньому онтогенезі. *Вісник післядипломної освіти* : зб. наук. пр. Київ., 2011. № 3 (16). С. 365–370.

63. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001. 420 с.

64. Манохіна І. В. Соціально-педагогічна робота з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування. Дніпропетровськ, 2012. 276 с.

65. Мардахаев Л. В. Словарь по социальной педагогике : учеб. пособ. Москва. : Издательский центр «Академия», 2002. 368 с.

66. Марцинковская Т. Д. История психологии. Москва. : Академия, 2004. 544 с.

67. Машкаринець-Бутко А. І. Особливості розвитку дітей-вихованців загальноосвітніх шкіл-інтернатів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. *Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. 2013. № 27. С. 116–118.

68. Медведев Д. Ф. Невротические расстройства у детей и подростков: симптомы, причины, терапия. URL: https://www.gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2016/11/28/25.11.2016.docx (дата обращения: 30.08.2019).

69. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. Москва. : МЕДпресс–информ, 2002. 607 с.

70. Мещеряков Б., Зинченко В. Большой психологический словарь. СПб. : Прайм-Еврознак, 2004. 672 с.

71. Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб. : Питер, 2001. 256 с.

72. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец : Психологическое взаимодействие : монография. СПб. : СПб ГУ. 2003. 288 с.

73. Мясищев В. Н. Психология отношений. Воронеж : НПО «МОДЭК». 1995. 356 с.

74. Не торопите меня, или школа ясельной педагогики Эмми Пиклер. URL: http://dytynawaldorf.com.ua/articles-list/ne-toropite-menya/ (дата обращения: 29.08.2019).

75. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. Л. : Медицина, 1998. 329 с.

76. Овчаренко І. В. Психологічний супровід дитини з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі. *Таврійський вісник освіти*. 2017. № 1 (57). С. 249–254.

77. Основи соціальної педіатрії. Навчально-методичний посібник: у 2-х т./за ред. Т.Ю.Мартинюк. Київ : ФОП Верес О.І., 2016. Т.1.480с.

78. Осорина М. В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. СПБ. : Питер, 1999. 288 с.

79. Парфанович І. І. Соціальна профілактика : Курс лекцій. Тернопіль : ТДПУ, 2009. 159 с.

80. Педь К. В. Методика соціально-виховної роботи : навч. пос. Полтава : ПДПУ, 2009. 254 с.

81. Петрановская Л. В класс пришел приемный ребенок. Москва. : Студио-Диалог, 2009. 170 с.

82. Петрочко Ж. В. Дитина у складних життєвих обставинах : соціально-педагогічне забезпечення прав : монографія. Рівне: видавець О. Зень, 2010. 368 с.

83. Пєша І. В. Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (проблеми реформування). Київ. : Логос, 2000. 87 с.

84. Пилягина Г. Я. Диагностика депрессивных состояний у детей и подростков в общесоматической практике. *Семейная медицина*. 2013. №4 (48). С. 65–69.

85. Поляничко А. О. Особливості прояву соціальної депривації у вихованців державних закладів опіки. *Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2009. Ч. 3. С. 140–150.

86. Поляничко А. О. Подолання соціальної депривації дітей-сиріт в умовах загальноосвітньої школи-інтернату : автореф. дис. … канд. пед. наук: 13.00.05. Суми, 2011. 24 с.

87. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации : монография. СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. 208 с.

88. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Дети без семьи. Москва. : Педагогика, 1990. 158 с.

89. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства. СПб. : Питер, 2007. 416 с.

90. Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату: рекомендовано Міністерством освіти і науки України (лист Міністерства освіти і науки від 05.12.2012 №1/11-18795) URL: mon.gov.ua › storage › app › media › programy-rozvytku-ditey › pr...

91. Психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. Москва., 2006. 494 с.

92. Психологічні особливості розвитку особистості дитини в умовах інтернатного закладу : метод. рек. / Упоряд. О. Г. Антонова-Турченко. Київ. : РНМК, 1992. 264 с.

93. Психологія особистості : Словник-довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. Київ. : Рута, 2001. 320 с.

94. Психофизиология : словарь / авт. : М. М. Безруких, Д. А. Фарбер. – Москва. : Изд-во ПЕРСЭ, 2005. – 696 с.

95. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. СПб. : Питер, 1995. 506 с.

96. Райкус Дж. Хьюз Р. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска. Практическое пособие в 4-х т. Київ. : Феникс, 2011. 408 с.

97. Рахманов Р. В. Психічний стан батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем (клініко-психіатричне дослідження). *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2015. Т. 2, №2 (4). С. 42–48.

98. Рахманов Р. В. Результати клініко-психіатричного та психологічного дослідження сімей, діти яких хворіють на дитячий церебральний параліч та аутизм, після проведення останнім психосоціальної реабілітації. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24. № 1 (86). С. 75–78.

99. Ребер А. Большой толковый психологический словарь. Т. 1 : А-О. Москва. : Вече : Аст, 2000. 591 с.

100. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. Москва., 1984. 192 с.

101. Ротенберг В. С., Бондаренко С. М. Мозг, обучение и здоровье. Москва, 1989. 238 с.

102. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: монографія. Київ. : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2014. 320 с.

103. Савенышева С. С., Чижова В. Ф. Материнское отношение как фактор психического развития ребенка раннего возраста. *Вестник СПбГУ. Сер. 12.* 2013. Вып. 3. С. 32–41.

104. Севрюкова Ю. А. Коммуникативная депривация как фактор нарушений социальной адаптации умственно отсталых детей. *Научно-методический электронный журнал «Концепт».* 2014. Т. 20. С. 3591–3595.

105. Синиця А. О. Проблема логопедичного супроводу дитини раннього віку з дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ. 2016. № 31. С. 81–87.

106. Скулер Дж. И., Смоли Б. К., Каллаган Т. Дж. Дети, пережившие травму. Семьи, приносящие исцеление. Київ. : Феникс, 2011. 280 с.

107. Солдатова Е. Л., Лаврова Г. Н. Психология развития и возрастная психология. Онтогенез и дизонтогенез. Москва. : Юрайт, 2019. 384 с.

108. Такмакова М. Ю. Аналитический обзор стилей привязанности и их нарушений в раннем детстве. *Вісник Харківського національного університету.* Серія «Психологія». 2013. №1065. С. 153–155.

109. Тарасун В.В. Психолого-педагогічні основи превентивного навчання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку. : Дис... д-ра наук: 1 .00.03 - 1999. URL: http://www.disslib.org/psykholoho-pedahohichni-osnovy-preventyvnoho-navchannja-ditej-z-porushennjamy2.html

110. Терещенко Л. А., Олінковська Т. А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології. *Актуальні проблеми психології.* 2015. Т. І. Вип. 48. С. 60–65.

111. Тунтуєва С. В. Соціально-психологічні особливості дітей, які розлучаються із біологічними сім'ями. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Педагогічні науки»*. 2015. № 1 (290). С. 193–198.

112. Удовенко Ю. М. Вплив несприятливих умов соціалізації на психічний розвиток дитини : автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.05. Київ., 2007. 22 с.

113. Урываев Г. «Госпитализм» в медицинской практике. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2008. URL: http://medpsy.ru/meds/meds018.php (дата обращения 30.08.2019).

114. Устинова Е. И. Становление предметного сознания у детей, воспитывающихся в условиях коммуникативно депривированной социальной среды. *Вестник Томского государственного университета*. 2007. № 300-1. С. 205–208.

115. Фесенко Ю. А., Гарбузов В. И. Детская и подростковая психотерапия. Неврозы у детей. Москва. : Юрайт, 2019. 330 с.

116. Фрейд А. Психопатология детства. Москва. : Изд. дом NOTA BENE, 2000. 224 с.

117. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Москва. : Апрель Пресс, 1999. Т. 1. 384 с. Т. 2. 400 с.

118. Фромм Э. Искусство любить. СПб. : Азбука-классика, 2008. 224 с.

119. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов. Москва. : Владос, 2009. 215 с.

120. Ханзерук Л. О. Сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції розвитку дітей з ДЦП / Л. О.Ханзерук // 36. наук.праць Кам’янець-Подільського державного університету: Вип.VII.2007. С.326–29.

121. Хоментаускас Г. Т. Семья глазами ребенка. Москва. : Педагогика, 1989. 160 с.

122. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. СПб. : Питер, 2002. 224 с.

123. Целевич Т. И. Социально-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с тяжёлыми формами церебрального паралича на этапе

его подготовки к школьному обучению : автореф. дисс. … канд. пед. наук: 13.00.01. Омск, 2008. 24 с.

124. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Багатоаспектність корекційнорозвивальної роботи в освітніх закладах для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Особлива дитина: навчання і виховання. 2017. № 1 (81). С. 21–30.

125. Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г. Пропедевтична педіатрія. Київ, 1999. 578 с.

126. Черенкова Е. С. Взаимодействие психолога з детьми с ограниченными возможностями. *«Студенческий научный форум»* : материалы V Международной студенческой научной конференции. URL: https://scienceforum.ru/2013/article/2013007585 (дата обращения: 29.07.2019).

127. Чистович И. А., Ройтер Ж., Шапиро Я. Н. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. 2-е изд. СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2000. 64 с.

128. Чистович И. А., Шапиро Я. Н. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года и 2 месяцев до 3 лет и 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2000. 62 с.

129. Шамансуров Ш.Ш. Неврология раннего детства/ Шамансуров Ш.Ш., Студеникин В.М. Ташкент, 2010. 614 с.

130. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: [монографія]/Андрій Гаррійович Шевцов.Київ: МП Леся, 2029. 484 с.

131. Шипицина Л. М. Дети социального риска и их воспитание. СПб. : Речь, 2003. 144 с.

132. Шпиц Р. А., Коблинер В. Г. Первый год жизни : Психоаналитическое исследование нормального и отклоняющегося развития объектных отношений. Москва. : Академический проект, 2006. 352 с.

133. Энциклопедический словарь медицинских терминов : в 3-х томах. Т. 1 / под ред. Б. В. Петровского. Москва. : Советская энциклопедия, 1999. 464 с.

134. Юнацкевич П. И., Кулганов В. А. Как выйти из невроза. Практические советы психолога. СПб. : Атон, 2000. 286 с.

135. Ярославцева И. В. Психическая депривация: причины, проявления и механизм развития. *Сибирский психологический журнал*. 2013. № 47. С. 33–40.

136. *Bowlby J.* Child Care and Growth of Love. – N .Y.:Penguin Book. 1961.– 250p

137. Danilavichiutie, E.Neurodinamic approach to speech Modeling in cerebral palsy. Forum logopedyczne N 25: 2017.—165– 174, , Katowice: Polskie Towarzystvo Logopedyczne Oddzial Šląski

138.Gangil A, Patwari A, Aneja S et al. Feeding problems in children with cerebral palsy. Indian Pediatrics. 2001;38:839-846. PMID: 11520994.

139. Kravchyna, T., & Chovgan, O. (2021). Psychological Correction of Psychological Correction of Parents' Attitude to Their Children with Special Educational Needs by Means of Art Therapy. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 12* (1), 154–171.

140.Langmeyer Y., Mateychek Z. Mental deprivation in childhood that. Prague: Med. "Avicenum" publishing house, 2004. 334 p.

141. Pakhomova N.G., Baranets I.V., Lukianenko A.V., Leshchii N.P., Kachurovska O.B., Berezan O.I., Olefir O.I. Comprehensive rehabilitation of children with sensory and intellectual disorders. WORLD OF MEDICINE AND BIOLOGY. 2022. Vol.80, Is.2. P.113–118

142. Romenska T. (2017). Interdisciplinary discource in research of social and domestic skills among preschool children with infantile cerebral paralysis Klaipėdos universitetas, Klaipėda University, Tiltai, 3 (78) http://www.ku.lt/leid

143. Romenska T. Interdisciplinary discource in research of social and domestic skills among preschool children with infantile cerebral paralysis. Klaipėdos universitetas, Klaipėda University. TILTAI. 2017. №3(78). P. 51–61 Mode of access

http://journals.ku.lt/index.php/tiltai/article/view/1671/pdf

144. Rosenbaum P.(2021) Family and quality of life: key elements in intervention children with Celebral Palsy. Develepmental Medicine and Child Neyrology. 53(Suppl 4): 68-70

145. Suzuki H., Iso A., (1993). Jc/j/fcawa M Incidence rates of cerebral palsy, severe mental and motor retardation and Down syndrome in the city of Kokubnuit in Subaran Tokio. Noto-Hetatsu,. 25 (1). Pp.16-20.

146. WagnerLV. Davids JR,Assesment Toolsand Classificcation Systems Used For the Upper Extremity in Children with Cerebral Palsy. Clinik Orthop Relat Research 2012; 470: 1261–62.

147. Wolfe W. F. (1950). A comprehensive evolution of fifty cases of Cerebral palsy. J.S.H.D, p.64.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для батьків

1. **Вік_____**
2. **Сімейний стан_____**
3. **Як ви охарактеризуєте Ваші сімейні стосунки:**

а) спокійні, доброзичливі

б) бувають епізодичні конфлікти

в) конфлікти в сім'ї постійні

г) найчастіше конфлікти з дитиною

4. **Хто найчастіше доглядає за дитиною і опікується нею:**

_____

5. **Які труднощі виникають при догляді за дитиною:**

а) емоційні

б) фізичні

в) емоційні та фізичні

6. **Як Ви можете оцінити стан здоров'я та розвиток своєї дитини:**

а) у моєї дитини немає проблем з розвитком, є лише невеликі проблеми зі здоров'ям

б) у моєї дитини є певні проблеми зі здоров'ям, що впливають на її розвиток

в) у моєї дитини суттєві проблеми зі здоров'ям, що гальмують її розвиток

г) ваш варіант відповіді

7. **Що, на Ваш погляд, обумовило стан здоров'я Вашої дитини:**

а) помилка медичних працівників

б) особливості перебігу вагітності

в) моя провина

г) ваш варіант відповіді

8. **Ваше ставлення до методів лікування та реабілітації дитини:**

а) можливості сучасної медицини в будь-якому випадку дозволять подолати захворювання дитини

б) знаходжусь в постійних пошуках кваліфікованих лікарів, не довіряю методам і засобам лікування дитини на даному етапі

в) систематично проводжу з дитиною розвивальні та реабілітаційно-лікувальні заходи за рекомендацією фахівців

г) ваш варіант відповіді

Додаток Б

Схема спостережень за поведінкою дитини

Прізвище,ім'я, по батькові_____

Вік_____дата заповнення_____

Заповнив: психолог,вихователь, мати (батько)_____

Підкресліть особливості поведінки, які часто спостерігаються у дитини, додайте не вказані в переліку поведінкові прояви Вашої дитини, які Вас хвилюють:

1**. Агресивність**.

- фізична: ламає іграшки або будівлі; рве книжки; дитина штовхає однолітків, кусається, плюється;

- прихована: щипає інших; говорить образливі слова; говорить лайливі, образливі слова;

- у вигляді загрози: замахується, але не б’є; лякає інших;

- у міміці: стискує губи; червоніє; що блідне; стискує кулаки;

- як реакція на обмеження: чинить опір при спробі утримати від агресивних дій; перешкоди стимулюють агресивну поведінку;

- спрямована на себе: кусає себе; щипає себе; просить вдарити себе.

2. Запальність.

- у фізичних діях: несподівано для усіх кидає іграшки; може розірвати навіть улюблені книжки; плюнути;

- у мові: може несподівано грубо відповісти; сказати нецензурне слово.

3. Негативізм.

- у фізичних діях: робить усе навпаки, важко включається в колективну гру;

- відмова: відмовляється навіть від цікавої для усіх діяльності;

- вербальний: часто говорить слова: «не хочу» або «не буду», «ні».

4. Демонстративність.

- у рухах: обертається спиною до інших;

- як реакція на особистий стан і поведінку: намагається звернути на себе увагу за рахунок організації заняття; робить все навпаки, спостерігаючи за реакцією оточення.

5. Уразливість (емоційна нестійкість).

- як реакція на перешкоду: ображається при поразці в грі;

- у міміці: невдоволений вираз обличчя; плаче;

- реакція на оцінку інших: хворобливо реагує на зауваження; хворобливо реагує на підвищений тон голосу.

6. Конфліктність.

- активна або реактивна: провокує конфлікт; відповідає конфліктними діями на конфліктні дії інших;

- внаслідок егоцентризму: не враховує бажань і інтересів однолітків;

- як нестача досвіду: немає спільної діяльності, взаємин;

- внаслідок труднощів в перемиканні: не поступається іграшками.

7. Емоційне відособлення.

- як відцентрові тенденції: коли усі діти разом, намагається усамітнитися;

- емоційне поглинання діяльністю: входить в приміщення і відразу йде до іграшок; зайнятий своєю справою і не помічає оточення;

- особливості мовленнєвої поведінки: не використовує мову як засіб спілкування; коли говорить, то мова не звернена до співрозмовника;

- не виконує прохання, хоча чує і розуміє сенс вимог; не реагує на перехід звичайної мови на шепіт;

- особливості зорового контакту: уникає дивитися в обличчя співрозмовника. **8. Пустощі.**

- реакція на зауваження: реагує сміхом на зауваження дорослого; похвала або вимова не викликають значної зміни в поведінці дитини;

- у фізичних діях і міміці: блазнює; передражнює в рухах.

9. Нерішучість.

- у соціальних стосунках з іншими: уникає ситуацій усного опитування на заняттях не відповідає, хоча знає відповідь; відмовляється від провідних ролей в іграх;

- прояви в мові: використовує слова «не знаю», «можливо», «важко сказати», дитина не відповідає за на питання, хоча знає правильну відповідь;

- у фізичних діях: боїться стрибнути з висоти;

- реакція на новизну: в ситуаціях новизни дитина проявляє гальмівні реакції; у новій ситуації поведінки менш варіативна, чим в звичайній.

10. Страхи.

- конкретні: страх пилососа; страх собаки; страх темряви; страх від пориву вітру, страх грому і блискавки тощо;

- реакція на новизну: боїться входити в нове приміщення;

- соціальні: боязнь нових людей в новій ситуації; страх публічного виступу; страх залишатися наодинці, страх перед втратою близьких.

11. Тривожність.

- у міміці: блукаючий, відсторонений погляд;

- у мові: дитина не може пояснити причину уникаючої поведінки, тривоги;

- у рухах: несподівано здригається, обережно ходить;

- у взаєминах з іншими: спить разом з дорослими; прагне бути ближче до дорослих.

12. Скутість.

- у рухах: скутий, зажатий, стриманий;

- у мові: запинається в мові;

- реакція на новизну: незграбний в новій ситуації.

13. Загальмованість.

- у пізнавальній діяльності: не знає чим зайнятися;

- у зоровому сприйнятті: дозвільно дивиться на всі боки;

- у мові: говорить занадто тихо;

- час реакції: темп діяльності уповільнений, при виконанні дій з сигналу запізнюється.

14. Егоцентричність.

- як відношення до себе: вважає, що усі іграшки, цукерки для нього. У взаєминах: нав'язує свої ігри або бажання дітям;

- у мові: часто використовує займенник «Я».

15. Уникнення розумових зусиль.

- в умовах вільної діяльності: не дивиться мультфільми; не розглядає книги;

- на організованих заняттях: швидко втомлюється від посильного за віком розумового завдання (порівняння, узагальнення, дії за зразком).

16. Дефіцит уваги.

- зосередженість: на заняттях дивиться на всі боки;

- зміст допомоги дитині: доводиться словесно повторювати завдання кілька разів; треба поєднувати слова з показом образу дій.

17. Рухова розгальмованість.

- особливості планування дій: поспіхом планує свої дії;

- надмірний темп і кількість дій темп діяльності швидкий, кількість дій надмірна (багато зайвих рухів тощо); починає діяти раніше умовного сигналу; - тривалість заборони: встає на першій половині заняття, коли інші ще сидять; - тривалість опанування стану: швидко збуджується і повільно заспокоюється після активної гри.

18. Мовна розгальмованість.

- гучність мови: говорить дуже голосно не може говорити звичайною силою голосу;

- темп мови: швидкий, не доводить фрази до кінця;

- у соціальних стосунках: переговорюється на заняттях, незважаючи на зауваження дорослого;

- нерозуміння складних словесних інструкцій: плутає або пропускає послідовність дій із словесної інструкції дорослого;

- нерозуміння простих словесних інструкцій: орієнтується на наочний зразок поведінки або дії дорослого, а не на пояснення завдання.

19. Застрягання.

- у рухах: малює елементи, що багаторазово повторюються;

- у взаєминах: нав'язливий в спілкуванні; привертає до себе увагу; повторює одне і те ж прохання.

- у мові: повторює багаторазово одну і ту ж фразу;

- у почуттях і емоціях: застряє на образі;

- працездатність (розумова): швидко втомлюється від завдання, яке вимагає розумової активності; втомлюється, коли читають книжку; втомлюється на першій частині організованого заняття;

- працездатність (фізична): швидко втомлюється на прогулянці; втомлюється від фізичного навантаження; втрачає працездатність на першій третині організованого заняття; працездатність коливається протягом дня; коливання високої і зниженої працездатності.