

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСУ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

У статті висвітлені питання щодо виявлення емоційно-вольових порушень у дітей дошкільного віку, які мають порушення голосу органічного генезу і перебувають на лікуванні в отоларингологічному відділенні.

Ключові слова: дошкільний вік, емоційно-вольові порушення, порушення голосу, тривожність, страх, психологічний супровід.

В статье освещены вопросы, касающиеся нарушений эмоционально-волевой сферы детей дошкольного возраста, которые имеют нарушения голоса органического генеза и находятся на лечении в отоларингологическом отделении.

Ключевые слова: дошкольный возраст, эмоционально-волевые нарушения, нарушение голоса, тревога, страх, психологическое сопровождение.

Дослідження, проведені вітчизняними та зарубіжними науковцями, підтверджують, що захворювання гортані, як і інші довготривалі соматичні захворювання, впливають на емоційно-вольову сферу дитини. Серед факторів, що цьому сприяють, можна виділити наступні: соматична ослабленість організму (часті оперативні втручання); раннє виникнення захворювання дитини (частіше у дітей до 3х років); трахеостомія і довготривале канюленосійство; частота перебування в лікувальному закладі; довготривала відірваність дитини від сім'ї; негативні емоції батьків, що пов'язані з хворобою дитини. Діти з вищезазначеною патологією потребують оперативних втручань, інколи по декілька разів на рік, і перебувають у лікувальних закладах від декількох днів до декількох місяців.

Відомі науковці М.І.Буянов, А.І.Захаров, В.М.Синьов наголошують, що кількість дітей, які мають лабільність психіки, занепокоєння, підвищену дратівливість, з кожним роком збільшується. Порушення, що виникають з боку емоційно-вольової сфери, зумовлені трьома групами факторів: біологічними, психологічними та соціально-психологічними. Виражені зміни емоційно-поведінкової сфери можуть виникати при тривалих частих соматичних, інфекційних, алергічних захворюваннях та

порушеннях дитячо-батьківських і дитячо-педагогічних відносин [2, с. 365].

Нашої уваги заслуговує соматична ослабленість дитини внаслідок частих захворювань та оперативних втручань, що сприяє виникненню різних реактивних станів і невротичних реакцій, переважно з астеничним компонентом. У дітей з хронічним соматичним захворюванням емоційні порушення не є прямим результатом хвороби, а пов'язані з труднощами соціальної адаптації хворої дитини і з особливостями її самооцінки [2, с. 365].

Для виявлення психологічних порушень у дітей необхідна їх своєчасна та якісна діагностика. При проведенні психодіагностичних обстежень необхідно дотримуватися певних умов, найголовнішими серед яких є підбір найбільш оптимальних, відповідних поставленим завданням методик.

Л.С. Виготський наголошував, що однією із проєктивних методик, яка використовується у діагностичній роботі з дітьми дошкільного віку для діагностики емоційного стану та особистісних проблем, є малюнкові тести.

Одним із завдань нашого дослідження було виявлення можливих психологічних порушень у дітей дошкільного віку, які мають органічну патологію гортані, що призводить до порушення голосоутворюючої функції. Необхідні методики обстеження дитини підбиралися із врахуванням загальновідомих психологічних особливостей дітей дошкільного віку, які впливають на формування особистості дитини. В цьому віці самооцінка дітей завищена і це є нормою, оскільки відбувається психологічний захист особистості від негативних оцінок оточення, про що наголошує Д.І.Шульженко. Також в цей час іде становлення перших зв'язків і відношень, що в подальшому об'єднують в єдине ціле діяльність і особистість. Ці зв'язки нестійкі, легко травмуються, особливо, якщо дитина часто хворіє, що може призвести до порушень регулюючої функції кори великих півкуль, а саме: слабкості процесів збудження та гальмування, швидкої виснажливості організму. Загальновідомо, що провідною діяльністю в цьому віці є гра, під час якої дитина опановує і інші види діяльності, розвивається мовлення, інтелект, у дитини формується готовність до навчання в школи.

Протягом дошкільного віку у психіці дитини прослідковуються психологічні новоутворення: розвиток творчої діяльності; всі пізнавальні психічні процеси починають працювати в єдиній інтелектуальній діяльності; функціонує внутрішнє мовлення як засіб мислення; розуміння норми і правил поведінки, що є добрим, а що поганим; формується дитячий світогляд про навколишній світ.

Необхідно звернути увагу також на те, що дошкільний період є кризовим, саме в цьому періоді дитина відчуває сильний психологічний тиск, який в подальшому може вплинути на формування особистості.

Цей вік, як ми відмічали вище, характеризується становленням особистості, власного Я. Дитині здається, що вона головна у суспільстві, і все обертається навколо неї, всі її забаганки повинні виконуватися дорослими. Дитина намагається самореалізуватися і невірна реакція з боку батьків саме в цей віковий період може призвести до того, що здібності дитини будуть придушені, і дитина не буде досягати поставленої мети, не буде відповідальною, втратить здатність стати лідером, не проявить свої творчі здібності тощо. Криза цього віку також полягає у тому, що поряд з розвитком егоцентризму у дитини є необхідність у спілкуванні в колективі зі своїми однолітками, дитина потребує підтримки та захисту батьків, рідних, їх розуміння, любові.

До нашого експерименту було залучено 126 дітей дошкільного віку, які періодично потрапляють в отоларингологічне відділення з приводу порушення дихальної та голосоутворюючої функції гортані, причиною яких є органічна патологія гортані. Найбільший відсоток складають діти з папіломатозом гортані та хронічним рубцевим стенозом гортані, поодинокі випадки гемангіом, кіст, мембран і фібром гортані.

Основними вимогами, що пред'являлись до вибору методик тестування дошкільників в умовах лікувального закладу, були: недовготривалість, простота у проведенні, відсутність у потребі великої кількості спеціальних додаткових матеріалів. Таким методом є малюнковий тест. Цей проєктивний метод застосовувався у поєднанні з методом бесіди та спостереження.

Враховувалися довготривалість захворювання дитини, кількість оперативних втручань, наявність астеничного синдрому в післяопераційному періоді, супутня соматична патологія та адаптаційні можливості дитини у лікувальному закладі. Психологічне обстеження дитини проводилося в доопераційному і в післяопераційному періодах.

В психодіагностиці дітей дошкільного віку першочергово починали роботу із контакту з батьками дитини, звертали увагу на емоційний стан батьків, вивчали склад сім'ї, матеріальний становище, соціально-культурний рівень кожного із батьків, стосунки між батьками і дітьми у сім'ї. Обов'язково враховували негативні емоції батьків, пов'язані із захворюванням дитини, що потенціювали у неї страх і тривогу [1, с. 314-315]. Збирали анамнез про хворобу дитини, спостерігали за дитиною та вступали з нею в контакт, заповнювали індивідуальну картку обстеження дитини.

Результати, отримані психологом Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" про психологічні особливості сім'ї (вивчалися шляхом бесіди з батьками, дитиною, спостереженням за дитиною), показали наступне: в повній сім'ї виховувалось 65,1% (n=82) дітей, в неповній – 34,9% (n=44) дітей. Причинами розлучення батьків було часте та довготривале перебування одного з батьків в лікувальному закладі разом з дитиною, наявність дитини-інваліда (канюляра) у сім'ї, що потребувало особливого догляду за дитиною, залишаючи без

належної уваги інших членів родини. Створення несприятливого мікроклімату в неповній сім'ї, де виховувалась дитина, призводило до нестабільного емоційного стану дитини.

Також враховували негативний вплив, що діяв на дитину під час госпіталізації у лікарню, її відрив від сім'ї та довготривале знаходження на стаціонарному лікуванні. При госпіталізації у лікарню дитина дошкільного віку повинна пристосуватися до нових умов існування, а саме: режиму дня, чужих людей, харчування та ін. В цей час відбувається адаптація дитини до нових умов існування, і вона стає об'єктом болісних медичних маніпуляцій і процедур, це своєрідний стрес для організму, який негативно впливає на всі системи організму дитини, в тому числі і на емоційно-вольову сферу.

Реакція дитини на госпіталізацію і адаптацію у лікарні залежить від багатьох чинників: віку дитини, довготривалості госпіталізацій, їх кількості, негативних спогадів про минулу госпіталізацію, ступеню важкості хвороби, взаємовідношень батьків у сім'ї, підготовки дитини до стаціонарного лікування, доброзичливості медичного персоналу, наявності у стаціонарі допоміжних засобів, що знижують тривожність у дитини та співпраці з психологом [1, с. 309].

Спостерігаючи за дитиною при вступі в отоларингологічне відділення ми виділили три групи дітей в залежності від їх реакції на госпіталізацію. До першої групи віднесли дітей з негативною реакцією на госпіталізацію. Вони збуджені, плаксиві, відмовлялися від сну та іграшок, госпіталізувались у лікарню по декілька разів на рік.

До другої групи віднесли в'ялих, загальмованих, замкнених у собі дітей. У них спостерігався депресивний настрій, вони спокійно реагували на госпіталізацію. Неодноразово знаходилися на лікуванні в отоларингологічному відділенні.

Врівноважених дітей, які спокійно реагували на госпіталізацію, ми віднесли до третьої групи. Ці діти неодноразово госпіталізувались у лікарню, серед них також були такі, які первинно потрапили у стаціонар на лікування (таблиця 1).

Таблиця 1

Групи та кількість дітей в залежності від реакції на госпіталізацію

Групи дітей	Кількість дітей (n)	Кількість дітей %
Перша	48	38,1
Друга	36	28,6
Третя	42	33,3
Всього	126	100

Отже, більша кількість обстежуваних дітей мали негативну реакцію на госпіталізацію і лише незначний відсоток дітей усвідомлювали необхідність у стаціонарному лікуванні. Діти, які виховувались у неповних сім'ях, складала групу ризику по відношенню до реакції на

госпіталізацію.

Проблеми, що виникають у дітей при госпіталізації, не зводяться лише до питання відокремлення дитини від сім'ї, вони включають також проблеми впливу хвороби і лікувальних маніпуляцій на дитину. При госпіталізації дитина потрапляє в нове середовище, де є чітко встановлені норми і правила поведінки, яких вона повинна дотримуватись. Вищезазначені фактори необхідно враховувати при розробці і проведенні психокорекційних занять в лікувальному закладі.

Для психологічного дослідження емоційно-вольової сфери дітей дошкільного віку психологи використовували проєктивні методики, проводили бесіди з дитиною та спостерігали за нею.

Серед проведених проєктивних методик показовою була загальновідома методика для дітей "Неіснуюча тварина", що може використовуватися на будь-якому етапі захворювання. Ця проєктивна методика дозволила нам виявити у дітей депресію, знижений настрій, тривогу, тривожність, емоційну напруженість, емоційну лабільність, агресивність, страхи та інше. Аналізуючи малюнки дітей, експериментатор звертав увагу на розмір тварини та місце її розташування на папері; на наявність горизонтальних чи вертикальних ліній, тип тварини, деталі в її зображенні, описання способу її життя; на те, чи реально існуючу тварину намалювала дитина, що вказувало на високий рівень тривожності; більшу кількість органів чуттів. Зображення великих вух наголошували на наявності у дитини тривожності чи настороженості; гострі роги, кігті, гострі шипи на спині тварини - на агресивність; наявність луски, як у риби - на потребу у захисті; наявність панцира чи броні у малюнку характерні для тривожних і замкнених дітей. Оцінювали малюнок в цілому, співставляючи дані, отримані при аналізі різних параметрів [3, с. 104-106].

Серед обстежених дітей, за даними психологічної служби Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ", підвищений рівень тривожності спостерігався у 58,7% дітей, страх – у 21,5%, потреба у захисті – у 11,9%, 7,9% дітей не мали емоційно-вольових порушень (таблиця 2).

Таблиця 2

Оцінка емоційно-вольових порушень за даними психологічної служби клініки "ОХМАТДИТ"

Емоційно-вольові порушення	Кількість дітей (n)	Кількість дітей %
Підвищена тривожність	74	58,7
Наявність страхів	27	21,5
Потреба у захисті	15	11,9
Не виявлено емоційно-вольових порушень	10	7,9
Всього	126	100

Отже, аналізуючи дані, отримані психологом, ми дійшли висновку, що найбільший відсоток склали діти, які мали емоційно-вольові порушення, що проявлялись у вигляді тривожності, страху; менший відсоток дітей, які мали потребу у захисті.

Шляхом бесіди, спостереження, збору анамнезу, аналізу проведених нами проєктивних методик, що використовувались при вивченні дітей дошкільного віку, було виділено 3 групи дітей, які мали порушення емоційно-вольової сфери. При поділі дітей на групи ми спиралися на класифікацію, розроблену О.С. Алмазовою (1973).

I група – діти, які хворіють з раннього дитинства, з частими рецидивами хвороби, довготривало перебувають у лікувальних закладах. У них наявна трахеостомічна трубка, вони соматично ослаблені. До своєї хвороби відносяться байдуже, не вірять, що голос відновиться. Ці діти тривожні, плаксиві, замкнені, у них наявні страхи. В контакт вступають важко.

II група – це діти, які в порівнянні з першою групою, хворіють не так довготривало, вони байдуже відносяться до своєї хвороби, звикли спілкуватися жестами і потреби у відновленні голосу не мають. В контакт вступають легко, відмічається тривожність, страх при спілкуванні з лікарями, безпосередньо перед медичними маніпуляціями та оперативними втручаннями.

III група – це діти, які мають бажання видужати і відновити свій голос. У них не спостерігаються зміни з боку емоційно-вольової сфери або ці зміни незначні. Ця група дітей до медичних маніпуляцій відноситься терпляче, в контакт вступає легко.

До першої та другої груп ми віднесли дітей, що мають наявну трахеостомічну трубку (ХРСГ, папіломатоз гортані) та багаторазово і довготривало знаходились на госпіталізації в отоларингологічних відділеннях, вони склали 80,2% (n=101) обстежених дітей. Третя група - це діти, які знаходились в лікувальному закладі недовготривало (не часто рецидивуючий папіломатоз гортані, фіброми, кісти голосових зв'язок та ін.), вона була мало чисельною, і кількість дітей, яка її склала, становила 19,8% (n=25) від загальної кількості досліджуваних.

Розподілення дітей на групи, на нашу думку, необхідно для того, щоб в подальшому психолог розробив необхідну корекційну програму для дітей, враховуючи при цьому тяжкість захворювання, довготривалість його перебігу, соматичну ослабленість дитини, наявні емоційно-вольові порушення.

Отже, результати проведеного нами дослідження показали, що дітям дошкільного віку, які мають порушення голосу органічного генезу, притаманні порушення з боку емоційно-вольової сфери, і ці зміни залежать не тільки від змін голосу дитини (дисфонія, афонія), але й кількості оперативних втручань, довготривалості знаходження в лікувальних установах, раннього початку захворювання, особливо в період формування мовлення та голосу у дитини, відірваності дитини

від сім'ї і дитячих дошкільних закладів, неповного складу сім'ї та негативних емоцій батьків.

Враховуючи наявні вищезазначені зміни у дітей з боку емоційно-вольової сфери постає питання про необхідність їх психологічного супроводу протягом всього періоду хвороби та знаходження на стаціонарному лікуванні, а також розробки корекційних програм для даної категорії дітей з метою успішної реабілітації.

Науковці наголошують, що на першому плані в психологічній роботі здітьми стоїть питання в роз'ясненні їм наслідків її хвороби і необхідності в госпіталізації та підготовці до медичних маніпуляцій. Для цього можна використовувати спеціальну медичну літературу, відеофільми, а також перед госпіталізацією можна познайомити дитину з лікувальним закладом та медичною апаратурою, яка буде використовуватись для дослідження хворої дитини.

Враховуючи психологічні особливості дошкільного віку, де провідним видом діяльності є гра, ми вважаємо, що використання саме гри перед призначеним лікуванням і маніпуляціями зменшить відчуття страху та тривожності у дитини. Хворі діти, які отримують більше інформації до і під час лікування, менше відчувають тривогу, дискомфорт, страх, краще переносять медичні маніпуляції і, як правило, швидше одужують, ніж діти, з якими подібна робота не проводилася [1, с. 321]. Також з цією метою можна використовувати методи гіпнотерапії, релаксації, казкотерапії, музикотерапії, над розробкою яких ми і продовжуємо нашу роботу.

Під психологічним супроводом ми розуміємо систему професійної діяльності педагога-психолога, спрямовану на створення умов для позитивного розвитку відносин дітей і дорослих в освітній ситуації, психологічний і психічний розвиток дитини з орієнтацією на зону її найближчого розвитку [4, с. 59]. Психологічний супровід дитини в лікувальних закладах необхідно проводити комплексно у тісній співпраці з іншими фахівцями і спрямовувати його на створення оптимальних умов розвитку емоційно-психологічного й інтелектуального потенціалу хворої дитини, її соціально-побутової адаптації та комунікативних здібностей.

Список використаних джерел

1. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
2. Кротенко В. І. Роль малюнкових тестів у процесі психодіагностичного обстеження дітей з емоційними порушеннями /В. І. Кротенко, Н. Б. Власенко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2012. - № 22 – С. 365-368.

3. Райгородский Д. Я. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / Д. Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом “Бахрах – М”, 2008. – 624 с.
4. Шипицина Л. М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Л. М. Шипицина, А. А. Хилько, Ю. С. Галлямова, Р.В. Демьянчук. – СПб. : "Речь", 2003. – 240 с.

This article is dedicated about questions of emotions-volitional disorders in children pre-school age which have disorders of voice organic genesis and treatment in department of otolaryngology.

Keywords: pre-school age, emotions-volitional disorders, disorders of voice, disturbance, fear, psychological support.

Отримано 18.9.2013

УДК 372.212.1 + 371.927

С.Д. Притиковська

УДОСКОНАЛЕННЯ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ У ДОШКІЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ КОМПЕНСУЮЧОГО ТИПУ ЗАСОБАМИ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ

У статті розглянуті шляхи реалізації індивідуального підходу при корекції мовленнєвих порушень з урахуванням психофізіологічних особливостей дошкільників.

Ключові слова: діти з вадами мовлення, провідна сенсорна модальність, особистісно-орієнтоване навчання.

В статье рассмотрены пути реализации индивидуального подхода при коррекции речевых нарушений с учетом психофизиологических особенностей дошкольников.

Ключевые слова: дети с нарушением речи, ведущая сенсорная модальность, личностно-ориентированное обучение.

Однією з сучасних проблем людства є зростання дитячої патології. Найчисленнішою категорією дітей дошкільного віку, страждаючих відхиленнями в розвитку, є діти, що мають мовні дефекти. Значна частина дошкільників цієї групи мають обтяжені мовленнєві діагнози на