

Сибір Лілія Вікторівна, магістр психології; ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул.. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; sibirl@ukr.net

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9617-2653>

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В УМОВА ІНКЛЮЗІЇ

Анотація

Постановка проблеми. Впровадження інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами в Україні є актуальним питанням, однак не підкріплюється достатніми ґрунтовними медико-психологічними дослідженнями з оцінкою переваг та ризиків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Переваги інклюзивної освіти в тому, що учні з вадами розвитку здобувають навички комунікації з однолітками, беруть участь у шкільному й позашкільному житті навчального закладу, що сприяє формуванню їх активної життєвої позиції та кращій адаптації в соціумі.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити особливості психоемоційних станів дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями в умовах інклюзивного навчання.

Виклад основного матеріалу. Психодіагностичне дослідження дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями проводилися на базі загальноосвітніх шкіл м. Києва з інклюзивною формою навчання за методиками: Визначення рівня шкільної тривожності Філіпса; «Неіснуюча тварина», «Кактус», «Три дерева»; «Місце на дереві». Виявлено, що шкільне навчання в умовах інклюзії є стресогенним чинником, джерелом тривоги та страхів, і віддзеркалює соціально-адаптаційні проблеми дітей.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями домінують страхи

не відповідати очікуванням оточуючих, ситуації перевірки знань, самовираження. Вони виявляють недостатню цілеспрямованості, товариськості, прагнення до розваг, натомість їм притаманні замкненість, внутрішня тривога, уникнення спілкування, занижена самооцінка, більша залежність від оточуючих, загальмованість психічних процесів, амбівалентність, і водночас оптимізм і доброзичливість. Депривація спілкування в найближчому оточенні виявляється в депресивному, пригніченому психічному стані. Низька фізіологічна опірність стресу є фактором ризику виникнення невротичних і психосоматичних розладів, а також загострення основного захворювання.

Ключові слова: інклюзивне навчання, психоневрологічні захворювання, психодіагностика.

Анотація

Постановка проблеми. Внедрение инклюзивного образования для детей с особыми потребностями в Украине является актуальным, однако не подкрепляется достаточными медико-психологическими исследованиями.

Анализ последних исследований и публикаций. Преимущества инклюзивного образования в том, что ученики с нарушениями развития приобретают навыки коммуникации со сверстниками, участвуют в школьном и внешкольном жизни учебного заведения, что способствует формированию их активной жизненной позиции и лучшей адаптации в социуме.

Формулировка цели статьи. Цель - исследовать особенности психоэмоциональных состояний детей с инвалидизирующими психоневрологическими заболеваниями в условиях инклюзивного обучения.

Изложение основного материала. Психодиагностическое исследование проводилось на базе общеобразовательных школ Киева с инклюзивной формой обучения по методикам: Определение уровня школьной тревожности Филипса; «Несуществующее животное», «Кактус», «Три дерева»; «Место на дереве». Выявлено, что школьное обучение в

условиях инклюзии является стрессогенным фактором, источником тревоги и страхов, и отражает социально-адаптационные проблемы детей.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. У детей с инвалидизирующими психоневрологическими заболеваниями доминируют страхи не соответствовать ожиданиям окружающих, ситуации проверки знаний, самовыражения. Они проявляют недостаточно целеустремленности, общительности, стремление к развлечениям, зато им присущи замкнутость, внутренняя тревога, избегание общения, заниженная самооценка, большая зависимость от окружающих, заторможенность психических процессов, амбивалентность, и одновременно оптимизм и доброжелательность. Депривация общения в ближайшем окружении проявляется в депрессивном, угнетенном психическом состоянии. Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу является фактором риска возникновения невротических и психосоматических расстройств, а также обострения основного заболевания.

Ключевые слова: инклюзивное обучение, психоневрологические заболевания, психодиагностика.

Annotation

Formulation of the problem. The introduction of inclusive education for children with special needs in Ukraine is a topical issue, but it is not supported by sufficient substantive medical-psychological studies to assess the benefits and risks.

Analysis of recent research and publications. The benefits of inclusive education are that students with developmental disabilities acquire communication skills with their peers, participate in school and extracurricular life in an educational institution, which contributes to their active life position and better adaptation in society.

Formulating the purpose of the article. The purpose is to investigate the peculiarities of psychoemotional states of children with disabling psychoneurological diseases in the conditions of inclusive education.

Presenting main material. Psychodiagnostic study of children with non-psycho-neurological diseases was conducted on the basis of comprehensive schools in Kyiv with an inclusive form of instruction in the following methods: Determination of the level of school anxiety of Phillips; "Non-existent animal", "Cactus", "Three trees"; "Place on the tree". It has been revealed that school education in conditions of inclusion is a stressful factor, a source of anxiety and fears, and reflects the social and adaptive problems of children.

Conclusions and perspectives of further research. Children with disabling psycho-neurological diseases are dominated by fears that do not meet the expectations of others, the situation of knowledge testing, self-expression. They show lack of purposefulness, sociability, desire for entertainment, while they have intrinsic closeness, internal anxiety, avoidance of communication, undervalued self-esteem, greater dependence on others, retardation of mental processes, ambivalence, and at the same time optimism and benevolence. Deprivation of communication in the immediate surroundings is manifested in a depressed, depressed mental state. Low physiological resistance to stress is a risk factor for the emergence of neurotic and psychosomatic disorders, as well as aggravation of the underlying disease.

Key words: inclusive education, psychoneurological diseases, psychodiagnostics.

Постановка проблеми. Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дітей із особливими потребами в умовах загальноосвітнього закладу [1]. Вона припускає їх активну участь в процесі отримання знань, в культурному і суспільному житті та потребує змін і модифікацій змісту, підходів, структури і стратегії освіти з урахуванням потреб усіх дітей, керуючись переконаністю, що системи загальної освіти зобов'язані навчати усіх дітей [2]. Інклюзія пов'язана з визначенням і подоланням бар'єрів і акцентує увагу на тих учнях, які знаходяться в зоні більшого ризику, щоб забезпечити їх

присутність, участь та досягнення в системі освіти. Головною метою інклюзивного навчання і виховання є створення умов для особистісного розвитку, творчої самореалізації та утвердження людської гідності дітей з особливими потребами.

Впровадження інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами є сучасною світовою практикою, тому її розвиток в Україні є актуальним питанням. Однак створення інклюзивних класів у загальноосвітніх школах, базуючись на ряді нормативних документів, не підкріплюється достатніми ґрунтовними медико-психологічними дослідженнями з оцінкою переваг та ризиків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, забезпечує однакове ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами [7]. Основний принцип інклюзивної освіти полягає в тому, що: всі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це виявляється можливим, не зважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними; навчальні заклади мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання; забезпечення якісної освіти для всіх шляхом розробки відповідних навчальних планів, прийняття організаційних заходів, розробки стратегії викладання, використання ресурсів та партнерських зв'язків зі своїми громадами. Діти з особливими освітніми потребами мають отримувати будь-яку додаткову допомогу, яка може знадобитися їм для забезпечення успішності процесу навчання [4].

В джерелах наукової літератури автори визначають такі переваги інклюзивної освіти для дітей з особливими освітніми потребами: завдяки цілеспрямованому спілкуванню з однолітками поліпшується когнітивний, моторний, мовний, соціальний та емоційний розвиток дітей; ровесники відіграють роль моделей для дітей з особливими освітніми потребами; оволодіння новими вміннями та навичками відбувається функціонально; навчання проводиться з орієнтацією на сильні якості, здібності та інтереси дітей; у дітей є можливості для налагодження дружніх стосунків зі

здоровими ровесниками й участі у громадському житті; діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей; діти вчаться налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з людьми, які відрізняються від них; діти вчаться співробітництву; діти вчаться поводитися нестандартно, бути винахідливими, а також співчувати іншим; діти адаптуються у шкільному соціумі, а тим самим будуть готуватися до адаптації в суспільстві, вони починають краще розуміти людей, з якими спілкуються; завдяки інклюзивній освіті передбачається, що діти з інвалідністю збагатять словниковий запас, розвинуть мовленнєві здібності і стануть вільніше рухатися без допомоги, стануть вільно та без побоювань спілкуватися як з однолітками, так і зі старшими, оскільки набудуть досвіду комунікації; навчання дітей з інвалідністю за загальноосвітньою програмою дасть змогу продовжити навчання після школи; здобудеться досвід спілкування з дітьми з особливими потребами для педагогів, учнів школи та їхніх батьків, що дасть можливість опосередкованого виховання доброти та милосердя, формування гуманістичного світогляду; діти підвищать самоповагу, навчатися цінувати і поважати людей із фізичними вадами, бачити людину, а не її фізичні вади; формуватиметься потреба саморозвитку, самовиховання, самовдосконалення і, нарешті, з'явиться мета в житті, віра в майбутнє та плани на перспективу [7].

Для вчителів впровадження інклюзивної освіти дозволить сприймати дітей більш цілісно, розуміти їхні погляди на життя, оволодівати різноманітними педагогічними методиками, спрямованими на ефективне сприяння розвитку дітей з урахуванням їхньої індивідуальності.

Серед недоліків вітчизняної системи освіти, що заважають інтеграції дітей з особливими освітніми потребами до загальноосвітнього процесу, виділяють, зокрема: недосконалість законодавства у галузі освіти, недостатнє матеріально-технічне та кадрове забезпечення загальноосвітніх навчальних закладів, непристосованість будівель загальноосвітніх навчальних закладів (у т.ч. всередині) для безперешкодного доступу до них учнів із різними нозологіями захворювання, а також недостатню психологічну готовність

учнів та педагогів до спільного навчання із особами з інвалідністю [3]. Крім зазначеного, слід додати негативне ставлення батьків до того, що їх здорові діти мають навчатися з дітьми із порушеннями психофізичного розвитку, вважаючи, що орієнтація на дітей із вадами затримує розвиток навчання інших дітей. Однак індивідуальний навчальний план, розроблений відповідно до потреб дитини з інвалідністю, має реалізовуватися в умовах звичайного навчального процесу, не зупиняючи і не гальмуючи темп навчання інших дітей [6]. Переваги інклюзивної освіти в тому, що учні з вадами розвитку здобувають навички комунікації з однолітками, беруть участь у шкільному й позашкільному житті навчального закладу, що сприяє формуванню їх активної життєвої позиції та кращій адаптації в соціумі [7].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), лише 20 % народжених дітей умовно вважається здоровими, інші – або страждають порушеннями психофізичного розвитку, або знаходяться в стані між здоров'ям і хворобою. Визнання прав такої дитини, її інтересів, потреб, надання допомоги у процесі соціалізації та вибору професійної діяльності є дуже важливим на сучасному етапі розвитку освіти. Тому важливого значення набуває інклюзивне навчання, що передбачає спільне перебування дітей із порушеннями психофізичного розвитку з їх здоровими однолітками [5].

Формулювання мети статті. Мета дослідження – дослідити особливості психоемоційних станів дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями в умовах інклюзивного навчання.

Виклад основного матеріалу. Методологічною основою дослідження є цілісне розуміння людини як біопсихосоціальної істоти з погляду персоналістичної антропології, а також теоретичні праці Л.С. Виготського, В.Я. Леонтьєва.

Психодіагностичне дослідження дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями проводилися на базі загальноосвітніх шкіл м. Києва з інклюзивною формою навчання.

Рандомізованим чином було сформовано основну досліджувану групу, до якої увійшли 48 дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, віком 8-12 років, із них 26 хлопчиків і 22 дівчаток. Контрольну групу рандомізованим чином було сформовано із практично здорових дітей – учнів загальноосвітніх шкіл м. Києва, віком 8-12 років, у кількості 49 осіб, у тому числі 28 хлопчиків і 21 дівчаток. Для дослідження психоемоційних станів дітей основної та контрольної груп були обрані валідні психодіагностичні методики: Визначення рівня шкільної тривожності Філіпса; проєктивні малюнкові методики «Неіснуюча тварина», побудована на теорії психомоторного зв'язку, методика «Кактус», методика «Три дерева»; тестова проєктивна методика «Місце на дереві». Статистична обробка і оцінка достовірності результатів проведених досліджень здійснювалася за допомогою програми «Медична статистика онлайн».

Для вивчення наявності, рівня і характеру шкільної тривожності у дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, які навчаються в інклюзивних класах, ми провели дослідження цих дітей (основна досліджувана група), у співставленні з контрольною групою практично здорових дітей, за методикою діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса (таблиця 1.). Насамперед, оцінювалася кількість розбіжностей відповідей на запитання, в порівнянні з тестовими ключами, до кожного з 8 факторів тривожності, що аналізуються за даною методикою, причому в обох досліджуваних групах були виявлені певні розбіжності по кожному з 8 факторів тривожності. Достовірність одержаних результатів підтверджується розрахунками коефіцієнтів кореляції Пірсона між відповідями на самі запитання та сумарними шкальними показниками. Статистично значимі коефіцієнти кореляції свідчать про достатню дискримінативність, а отже, валідність і надійність даного тесту. Порівняння основної та контрольної досліджуваних груп, як видно із даної таблиці, показує наявність статистично значимих, достовірних відмінностей між ними. Розбіжності за кожним із факторів шкільної тривожності в основній групі значно перевищують такі в групі контрольній, що свідчить про наявність у дітей з інвалідизуючими

психоневрологічними захворюваннями, які навчаються в умовах інклюзії, підвищеного рівня шкільної тривожності.

Таблиця 1.

Результати дослідження рівня шкільної тривожності в дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями у порівнянні з практично здоровими за методикою Філіпса

Фактор тривожності	Сума балів за ключем	Середнє число розбіжностей по балах		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (число ступеней свободи $f=95$, t критичне =1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)	Середнє число збігів по балах		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (число ступеней свободи $f=95$, t критичне =1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)
		Контроль на група	Основна група		Контроль на група	Основна група	
Загальна тривожність у школі	22	9	16	49,50	13	6	49,50
Переживання соціального стресу	11	4	9	35,39	7	2	35,36
Фрустрація потреби в досягненні успіху	13	7	11	28,28	6	2	28,28
Страх самовираження	6	0	6	42,43	6	0	42,43
Страх ситуації перевірки знань	6	1	6	35,36	5	0	35,36
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	5	1	5	28,28	4	0	28,28
Низька фізіологічна опірність стресу	5	1	5	28,28	4	0	28,28
Проблеми і страхи у відносинах з учителями	8	4	7	21,21	4	1	21,21
Коефіцієнт кореляції		0,939	0,997		0,928	0,990	
t-критерій Стьюдента		6,684	32,215		6,093	2,447	

Відмінності спостерігаються по кожній із 8 шкал тесту, але особливо звертають на себе увагу страхи самовираження, невідповідності очікуванням оточуючих, переживання стресу та низька фізіологічна опірність до нього.

Отже, для дітей з інвалідизуючими психоневрологічним захворюваннями шкільне навчання в умовах інклюзії є стресогенним чинником, джерелом тривоги та страхів, і віддзеркалює соціально-адаптаційні проблеми таких дітей. Відповідно, загальна кількість розбіжностей із варіантами ключа за даною методикою в основній досліджуваній групі не лише достовірно істотно перевищує контрольну, але й є більшою, ніж 75% (таблиця 2).

Таблиця 2.

Загальне число розбіжностей по всьому тексту дітей із інвалідизуючим психоневрологічним захворюваннями порівняно із практично здоровими за методикою діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса

Група досліджуваних	Загальна кількість розбіжностей по всьому тексту (середній показник)	
	абс. число	%
Контрольна	21	42,9
Всього	49	100
Основна	37	77,1
Всього	48	100
t-критерій Стьюдента	113,14 (число ступеней свободи $f=95$, t критичне = 1,987, при рівні значимості $\alpha = 0,05$)	

Аналіз загального внутрішнього стану школярів основної та контрольної груп, що визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів та їх кількістю, проводився за кожним із факторів методики (таблиця 3.).

За всіма факторами тривожності, в контрольній групі кількість дітей, у яких виявлені ті чи інші ознаки шкільної тривожності, не перевищує половини досліджуваних практично здорових, тоді як в основній досліджуваній групі дітей вони були виявлені в тій чи іншій вираженості в усіх дітей цієї групи.

Таблиця 3.

Аналіз загального внутрішнього емоційного стану школярів з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, в порівнянні з практично здоровими, за методикою діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса

Фактор тривожності	Кількість випадків у досліджуваних групах				t-критерій Стьюдента
	Контрольна група		Основна група		
	абс. число	%	абс. число	%	
Загальна тривожність у школі	21	42,9	37	77,1	113,14
Переживання соціального стресу	16	32,7	36	75,0	141,42
Фрустрація потреби в досягненні успіху	11	22,4	29	60,4	127,28
Страх самовираження	15	30,6	35	72,9	4,85
Страх ситуації перевірки знань	18	36,7	39	81,3	148,49
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	8	16,3	41	85,4	233,35
Низька фізіологічна опірність стресу	13	26,5	42	87,5	205,06
Проблеми і страхи у відносинах з учителями	19	38,8	31	64,6	84,85

Варто зауважити, що в обох досліджуваних групах окремі різні фактори шкільної тривожності виявлялися водночас в одній дитини, однак їх кількість і вираженість у дітей основної досліджуваної групи була значно більшою. Графічне зображення отриманих результатів на рисунку 1. дозволяє наочно порівняти наявність факторів шкільної тривожності в досліджуваних дітей основної та контрольної груп.

У дітей основної групи домінували такі фактори шкільної тривожності, як, насамперед, страх не відповідати очікуванням оточуючих, страх ситуації перевірки знань (пов'язаний не стільки з оцінюванням безпосередньо шкільної успішності, скільки з необхідністю регулярного проходження медико-педагогічної комісії, - форми контролю, якого позбавлені практично здорові учні), страх самовираження.

Відповідно, переважна більшість досліджуваних основної групи (75,0%) переживають соціальний стрес, причому в 87,5% досліджувані діти мають до нього низьку фізіологічну опірність.

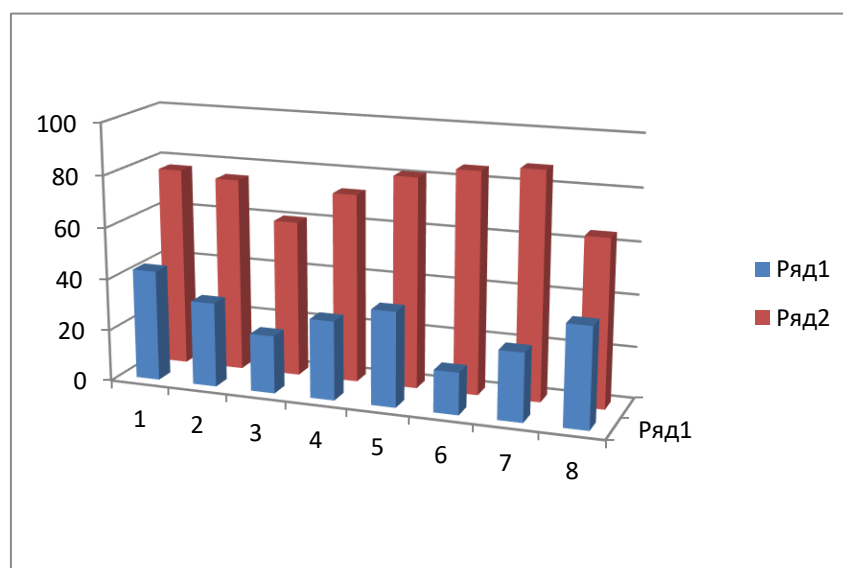


Рис. 1. Порівняння факторів шкільної тривожності в дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями та у практично здорових за методикою Філіпса (ряд 1- контрольна група, ряд 2 – основна група досліджуваних)

Таким чином, результати дослідження рівня шкільної тривожності за методикою Філіпса дозволили виявити її високий рівень в дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, у яких загальна шкільна тривожність спостерігалася в 77,1%, переживання соціального стресу в 75,5%, страх не відповідати очікуванням оточуючих – у 85,45, страх ситуації перевірки знань – у 81,3%, страх самовираження – в 72,9%.

Низька фізіологічна опірність стресу, що була виявлена в 87,5% випадків, може розглядатися як фактор ризику виникнення невротичних і психосоматичних розладів, а також загострення основного захворювання. Тому, для зменшення стресогенності шкільного середовища та підвищення адаптації дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями до умов шкільного середовища, необхідно проводити відповідні психокорекційні комплексні заходи з постійним моніторингом їх результатів.

За проективною методикою «Місце на дереві», результати якої представлені в таблиці 4., можна порівняти особливості психічних станів і шкільної адаптації дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями та практично здорових.

Таблиця 4.

Результати дослідження психічних станів дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями за методикою «Місце на дереві», в порівнянні з практично здоровими

№ з/п	Показник	Основна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи f=95, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
		абс. Число	%	абс. число	%	
1	Цілеспрямованість, товарищів	3	6,3	17	34,7	98,99
2	Бажання успіхів без подолання труднощів	5	10,4	6	12,2	7,01
3	Стомленість, слабкість, мало життєвих сил	8	16,7	0	0	56,57
4	Веселощі, любов до розваг	6	12,5	11	22,4	35,36
5	Замкненість, внутрішня тривога, уникнення спілкування	7	14,5	0	0	49,50
6	Інтровертованість, занурення у власний світ	7	14,5	0	0	49,50
7	Порушення адаптації до життя, психологічно некомфортний стан	3	6,3	3	6,2	0,00
8	Емоційна прірва внутрішня криза	2	4,2	0	0	14,14
9	Завищена самооцінка	3	6,3	9	18,4	42,43
10	Оточеність увагою	4	8,3	3	6,1	7,07
Всього		48	100	49	100	

Як видно з даної таблиці, результати наших досліджень за методикою «Місце на дереві» виявили істотні відмінності між основною та контрольною досліджуваними групами, що є в більшості статистично значимими.

Статистично недостовірними виявилися відмінності лише по шкалі «Порушення адаптації до життя, психологічно некомфортний стан», що в кожній із груп виявилось в 3-х дітей (6,3% і 6,2% відповідно). Вочевидь, такі відчуття пов'язані не стільки безпосередньо з ситуацією шкільного навчання та адаптацією до неї, скільки з особистісними психологічними проблемами, можливо характерологічними але можливо й ситуативними. Слід також зауважити, що попри статистичну значимість відмінності показників за шкалами «Бажання успіхів без подолання труднощів» (10,4% основна і 12,2% контрольна досліджуванві групи) та «Оточеність увагою» (відповідно, 8,3% основна і 6,1% контрольна групи), ці відмінності не є настільки вираженими, як по інших шкалах, що, вірогідно, можна трактувати як схожість стилів виховання та їх психологічного впливу на дітей як в основній, так і в контрольній досліджуваних групах.

Графічне представлення результатів дослідження за даною методикою на рис. 2. наочно демонструє відмінності психічних станів і шкільної адаптації дітей основної та контрольної груп.

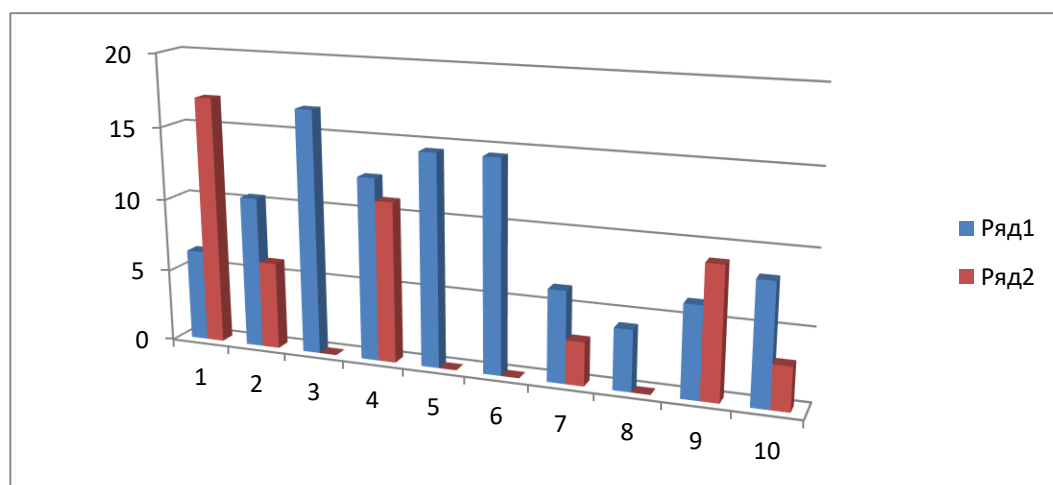


Рис. 2. Порівняння результатів дослідження дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями і практично здорових за методикою «Місце на дереві» (ряд 1 – основна, ряд 2 – контрольна досліджувані групи)

В той час, як у контрольній групі 34,7% дітей виявляли цілеспрямованість і товариськість, 22,4% - веселощі та любов до розваг, і в 18,4% спостерігалася завищена самооцінка, то серед дітей, які мали

інвалідизуючі психоневрологічні захворювання, таких було лише 6,3%, 12,5% та 6,3% відповідно. Натомість у 14,5% дітей основної досліджуваної групи спостерігалася замкненість, внутрішня тривога, уникнення спілкування. Стільки ж дітей основної групи (14,5%) виявляли інтровертованість, занурення у внутрішній світ. 4,2% дітей основної групи відчували емоційну прірву, внутрішню кризу. Всі ці психічні стани були цілком відсутні в контрольній досліджуваній групі практично здорових дітей.

Результати дослідження основної та контрольної груп за проективною малюнковою методикою «Кактус» представлені в наступній таблиці 5.

Таблиця 5.

Результати дослідження психологічних особливостей дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями за методикою «Кактус», в порівнянні з практично здоровими

№ з/п	Показник	Основна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи f=95, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
		абс. число	%	абс. число	%	
1	Агресивність	9	18,8	12	24,5	21,21
2	Імпульсивність	19	39,6	11	22,4	56,57
3	Егоцентризм	42	87,5	18	36,7	169,71
4	Невпевненість у собі, залежність	38	79,2	16	32,7	155,56
5	Демонстративність, відкритість	25	52,1	34	63,4	63,64
6	Скритність, обережність	17	35,4	14	28,6	21,21
7	Оптимізм	44	91,7	46	93,9	14,14
8	Тривога	33	68,8	4	8,2	205,06
9	Екстравертованість	21	43,7	32	65,3	77,78
10	Прагнення до домашнього захисту, почуття сімейної спільності	39	81,3	13	67,3	183,85
11	Відсутність прагнення до домашнього захисту, почуття самотності	9	18,8	5	10,2	28,28
12	Життєрадісність	41	85,4	36	73,5	35,36
13	Нормальна самооцінка	26	54,2	39	79,6	91,92
14	Пригніченість	15	31,3	0	0	106,07

В результаті нашого дослідження виявлено статистично значимі відмінності психологічних особливостей дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями та практично здорових по всіх параметрах даної методики.

Графічне порівняння результатів дослідження основної та контрольної груп дітей за методикою «Кактус» представлено на рис. 3. У дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, порівняно з практично здоровими, значно переважають імпульсивність, егоцентризм, тривожність, пригніченість (яка взагалі відсутня в досліджуваних дітей контрольної групи). Вони відчують себе невпевненими, залежними, прагнуть до домашнього захисту, мають неадекватну самооцінку. В той же час, досліджувані діти основної групи виявляють меншу агресивність та більшу життєрадісність, ніж практично здорові діти.

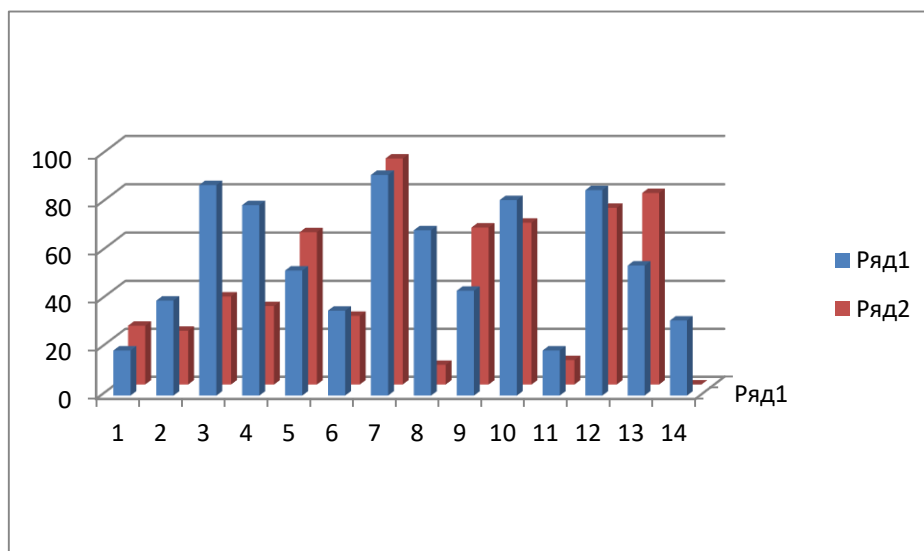


Рис. 3. Порівняння результатів дослідження дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями і практично здорових за методикою «Кактус» (ряд 1 – основна, ряд 2 – контрольна досліджувані групи)

Результати проведеного нами дослідження за методикою «Неіснуюча тварина» представлені в таблиці 6.

За методикою «Неіснуюча тварина», як видно з даної таблиці, також виявлені статистично значимі відмінності досліджуваних груп дітей. Діти з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями частіше виявляли

занижену самооцінку, недооцінювали власні здібності, були менш активними та частіше обирали стандартні рішення. Вони були більше залежні від оточуючих, орієнтовані на їхнє оцінювання.

Цікаво, що здатність генерувати незвичайні ідеї не дуже відрізнялася серед досліджуваних обох груп, хоч і була статистично достовірно вищою в основній групі (37,5% проти 34,7% відповідно).

Таблиця 6.

Результати дослідження психологічних особливостей дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, в порівнянні з практично здоровими, за методикою «Неіснуюча тварина»

№ з/п	Показник	Основна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи f=95, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
		абс. число	%	абс. число	%	
1	Нормальна самооцінка	27	56,1	38	77,6	77,78
2	Висока самооцінка	5	41,7	9	18,4	28,28
3	Занижена самооцінка	12	25,0	2	4,1	70,71
4	Адекватна оцінка власних здібностей	16	33,3	34	69,4	127,28
5	Активність	29	60,4	43	87,8	98,99
6	Оптимізм	36	75,0	42	85,7	42,43
7	Доброзичливість	44	91,7	39	79,6	35,36
8	Важлива думка оточуючих	46	95,8	16	32,7	212,13
	Вибір стандартних рішень	27	56,3	31	63,3	28,28
10	Здатність генерувати незвичайні ідеї	18	37,5	17	34,7	7,07

Враховуючи, що на психічні стани дітей, їх ставлення до шкільного навчання та особливості спілкування з однолітками та батьками, адаптацію в шкільному колективі та суспільстві в цілому, значну роль відіграють сімейні стосунки, ми використали проєктивну методику «Три дерева», що опосередковано дозволяє оцінити сімейну ситуацію та взаємини (таблиця 7.).

Серед статистично значимих відмінностей між основною та контрольною досліджуваними групами, виявленими за методикою «Три дерева», насамперед привертають увагу порушення взаємодії з батьком, що є

відображенням сімейної ситуації,- на жаль, часто сім'ї з хворими дітьми є неповними, соціально неблагополучними.

Таблиця 7.

Результати дослідження сімейних взаємин дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, в порівнянні з практично здоровими, за методикою «Три дерева»

№ з/п	Показник	Основна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи f=95, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
		абс. число	%	абс. число	%	
1	Конфлікт із батьками	12	25,0	17	34,7	35,36
2	Порушення взаємодії з батьком	38	79,2	19	38,8	134,35
3	Депресія, пригніченість	15	31,3	4	8,2	77,78
4	Загальмованість, інертність у протіканні психічних процесів	45	93,7	2	4,1	304,06
5	Недостатність або відсутність спілкування зі значимою особою	46	95,8	8	16,3	268,70
6	Значима фігура: 1) дитина 2) батько 3) мати 4) інші члені сім'ї 5) опікуни	3 (40), 5(9)	3(83,3) 5(18,7)	1 (27), 2(12), 3 (10)	1 (55,1) 2 (24,5) 3(20,4)	1(190,92) 2(84,85) 3(70,71) 5(63,64)
7	Бажання приносити користь	26	54,2	32	65,3	42,43
8	Ознаки хвороби, травми	35	72,9	0	0	247,49
9	Спільність, взаємодія, взаємозалежність в сім'ї	21	43,8	37	75,5	113,14
10	Бажання змін	27	56,3	16	20,4	77,78
11	Амбівалентність	15	31,3	0	0	106,07

На відміну від практично здорових дітей, які зображують у якості значимих осіб себе, батька або мати, діти з інвалідизуючими захворюваннями своє зображення витісняють, батька також не зображують. У переважній кількості цих дітей домінуючою фігурою в родині є матір, а у 18,7% - батьків взагалі немає, і значимими особами є опікуни, що й відбивається в проективному малюнку. Також про ці проблеми свідчить те, що в 95,8% дітей основної групи проективна методика «Три дерева» дозволила виявити недостатність або відсутність спілкування зі значимою особою. Хворі діти відчують депривацію спілкування в своєму найближчому оточенні. Саме через такі негаразди в родині вони більш гостро відчують свою неповноспроможність, і в 31,3% дітей основної групи це виявляється в депресивному, пригніченому психічному стані. Також у дітей основної групи, на відміну від контрольної, спостерігається загальмованість, інертність у протіканні психічних процесів, що є наслідком (проявом) інвалідизуючого психоневрологічного захворювання. Наочно відмінності між досліджуваними дітьми основної та контрольної груп, виявлені за методикою «Три дерева», зображено на рис. 4.

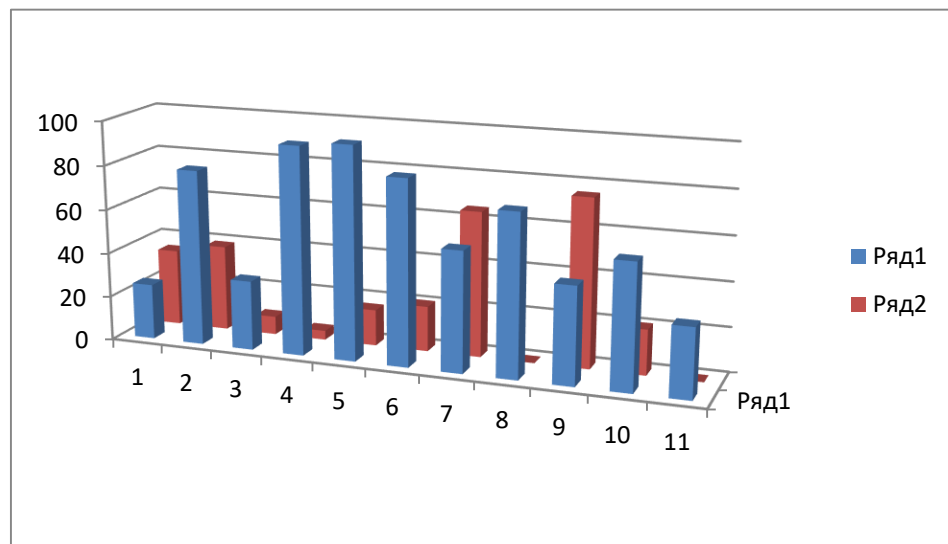


Рис. 4. Порівняльні результати дослідження сімейної ситуації та відношення до неї дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями і практично здорових за методикою «Три дерева» (ряд 1 – основна, ряд 2 – контрольна досліджувані групи)

В 72,9% досліджуваних дітей основної групи виявляються на малюнку ознаки хвороби, травми. 31,3% дітей основної групи виявляють амбівалентність, що є проявом психоневрологічного захворювання, тоді як практично здорові діти не виявляють ні амбівалентності, ні ознак хвороби чи травми. Таким чином, методика «Три дерева» є валідною для виявлення особливостей сімейної ситуації та психологічних проблем спілкування з найближчим оточенням у дітей із психоневрологічними захворюваннями.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Результати дослідження рівня шкільної тривожності за методикою Філіпса дозволили виявити її високий рівень в дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, продемонструвавши, що для них шкільне навчання в умовах інклюзії є стресогенним чинником, джерелом тривоги та страхів.

У дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями домінують такі фактори шкільної тривожності, як страх не відповідати очікуванням оточуючих, страх ситуації перевірки знань (пов'язаний не стільки з оцінюванням безпосередньо шкільної успішності, скільки з необхідністю регулярного проходження медико-педагогічної комісії, - форми контролю, якого позбавлені практично здорові учні), страх самовираження.

За проективною методикою «Місце на дереві статистично недостовірними виявилися відмінності по шкалі «Порушення адаптації до життя, психологічно некомфортний стан», що пов'язане не стільки безпосередньо з ситуацією шкільного навчання та адаптацією до неї, скільки з особистісними психологічними проблемами, можливо характерологічними але можливо й ситуативними.

Діти, які мали інвалідизуючі психоневрологічні захворювання, виявляли недостатньо цілеспрямованості, товарищескості, прагнення до розваг, натомість у них спостерігалася замкненість, внутрішня тривога, уникнення спілкування, інтровертованість, занурення у внутрішній світ. 4,2% дітей основної групи відчували емоційну прірву, внутрішню кризу.

Всі ці психічні стани були цілком відсутні в контрольній досліджуваній групі практично здорових дітей.

Відмінності показників за шкалами «Бажання успіхів без подолання труднощів» та «Оточеність увагою» між основною та контрольною групами були статистично достовірними, але не настільки вираженими, як по інших шкалах, що, вірогідно, можна трактувати як схожість стилів виховання та їх психологічного впливу на дітей як в основній, так і в контрольній досліджуваних групах.

У дітей з інвалідизуючим психоневрологічними захворюваннями, порівняно з практично здоровими, значно переважають імпульсивність, егоцентризм, тривожність, пригніченість (яка взагалі відсутня в досліджуваних дітей контрольної групи). Вони відчують себе невпевненими, залежними, прагнуть до домашнього захисту, мають неадекватну самооцінку. В той же час, досліджувані діти основної групи виявляють меншу агресивність та більшу життєрадісність, ніж практично здорові діти.

Діти з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями частіше виявляють занижену самооцінку, недооцінюють власні здібності, менш активні та частіше обирають стандартні рішення. Вони більше залежні від оточуючих, орієнтовані на їхнє оцінювання. Дітям основної досліджуваної групи більше, ніж практично здоровим дітям контрольної групи, притаманні оптимізм і доброзичливість. Здатність генерувати незвичайні ідеї не дуже відрізнялася серед досліджуваних обох груп, хоч і була статистично достовірно вищою в основній групі.

Серед статистично значимих відмінностей між основною та контрольною досліджуваними групами, виявленими за методикою «Три дерева», насамперед привертають увагу порушення взаємодії з батьком, що є відображенням сімейної ситуації,- на жаль, часто сім'ї з хворими дітьми є неповними, соціально неблагополучними. У переважної кількості цих дітей домінуючою фігурою в родині є матір, або батьків взагалі немає, і значимими особами є опікуни, що й відбивається в проективному малюнку.

Більшість дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, на відміну від практично здорових, виявляють недостатність або відсутність спілкування зі значимою особою, відчують депривацію спілкування в своєму найближчому оточенні, що виявляється в депресивному, пригніченому психічному стані. У дітей основної групи, на відміну від контрольної, спостерігається загальмованість, інертність у протіканні психічних процесів, а також амбівалентність, що є наслідком (проявом) інвалідизуючого психоневрологічного захворювання.

Низька фізіологічна опірність стресу може розглядатися як фактор ризику виникнення невротичних і психосоматичних розладів, а також загострення основного захворювання. Тому, для зменшення стресогенності шкільного середовища та підвищення адаптації дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями до умов шкільного середовища, необхідно проводити відповідні психокорекційні комплексні заходи з постійним моніторингом їх результатів.

Список використаних джерел

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць [ред.. П.М. Таланчук].-К.: ВНЗ «Відкритий університет розвитку людини «Україна», Інститут вищої освіти АПНУ, Інститут спеціальної педагогіки АПНУ.- 2010.- №7 (9).- 561 с.

2. Ертанова О.Н. Интеграция и инклюзия в аспекте семантики / О.Н. Ертанова // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы Междунар. научно-практич. конфер., М., 20-22 июня 2011 [ред.: С.В.Алехина и др.]. - М.: МГППУ, 2011. - С. 17.

3. Індекс інклюзії: загальноосвітній навчальний заклад : навч.-метод. посіб.. [ред. В. І. Шинкаренко].– К.: ТОВ "Видавничий дім "Плеяди", 2011. – 96 с.

4. Інклюзивна освіта. Політика, зміст і порівняльні перспективи [ред. Ф. Армстронг, Д. Армстронг, Л. Бартон], [пер. з англ.]- Лондон, 2000.- 78 с.

5. Колупаева А.А. . Від сегрегації до інклюзії / А.А. Колупаева // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. – К.:Науковий світ, 2005. – 56 с.

6. Колупаева А.А. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / Кол.:авторів: Колупаєва А.А., Найда Ю.М., Софій Н.З. та ін. [ред.Даниленко Л.І.]. – К., 2007.- 128с.

7. Лорман Т. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практичний посібник / Тім Лорман, Джоан Деспелер, Девід Харві [пер. з англ.]- К.: СПД-ФО Парашин І.С., 2010.- 296 с.

References

1. Vidkrytyy universytet rozvytku lyudyny “Ukrayina”, Instytut vyshchokh osvity APNU, Instytut spetsial'noyi pedahohiky APNU (2010), “Aktual'ni problemy navchannya ta vykhovannya lyudey z osoblyvymy potrebamy”: *Zb. nauk. prats'* [red.. P.M. Talanchuk], №7 (9), Kyiv, Ukraine, 561 p.

2. Ertanova O.N. (2011), “ Integration and inclusion in the semantics aspect ”, *Materyaly Mezhdunar. nauchno-praktych. konfer.* [Materials International. scientific-practical. konfer], *Ynklyuzyvnoe obrazovanye: metodolohyya, praktyka, tekhnolohyy* [Inclusive education: methodology, practice, technology], M., 20-22 yyunya 2011 [red.: S.V.Alekhyna y dr.], МНППУ, Moscow, Russia, p.17.

3. *Indeks inklyuziyi: zahal'noosvitniy navchal'nyy zaklad: Navch.-metod. posib.* [Index of Inclusion: general educational institution: teaching method. manual], [red. V.I. Shynkarenko] (2011), TOV "Vydavnychyu dim "Pleyady", Kyiv, Ukraine.

4. *Inklyuzyvna osvita. Polityka, zmist i porivnyal'ni perspektyvy* [Inclusive education. Politics, Content and Comparative Perspectives] [red. F. Armstronh, D. Armstronh, L. Barton], [per. z anhl.] (2000), London.

5. Kolupaeva A.A. (2005). *Vid sehrehatsiyi do inklyuziyi* [From segregation to inclusion], *Dydaktychni ta sotsial'no-psykholohichni aspekty korektsiynoyi roboty u spetsial'niy shkoli.*, Naukovyy svit, Kyiv, Ukraine.

6. Kolupaeva A.A., Nayda YU.M., Sofiy N.Z. ta in. “Inklyuzyvna shkola: osoblyvosti orhanizatsiyi ta upravlinnya: Navchal'no-metodychnyy posibnyk” [Inclusive school: peculiarities of organization and management: educational

manual], [red.Danylenko L.I.], Kyiv, Ukraine.

7. Tim Lorman, Dzhoan Deppeler, Devid Kharvi [per. z anhl.], “Inklyuzyvna osvita. Pidtrymka rozmayittya u klasi: praktychnyy posibnyk”, Inclusive education. Diversity Aid in the Classroom: A Practical Guide.- SPD-FO Parashyn I.S., K., Ukraine.