

et al. *Anaesthesia*. 2016. Vol. 71, No. 1. P. 85-93.
DOI: <https://doi.org/10.1111/anae.13316>

14. Sood B. G., McLaughlin K., Cortez J. Near-infrared spectroscopy: applications in neonates. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2015. Vol. 20, No. 3. P. 164-72.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.03.008>

15. Williams M. M., Lee J. K. Intraoperative blood pressure and perfusion of the brain: strategies for clarifying hemodynamic goals. *Paediatr Anaesth*. 2014. Vol. 24, No. 7. P. 657-67.

DOI: <https://doi.org/10.1111/pan.12401>

Стаття надійшла до редакції
29.01.2021



УДК 616.433-008.6-007.213-053.2-058.6:364.63

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.3.242113>

*М.Л. Аряєв,
Л.І. Сеньківська*

ДОМАШНЄ І ШКІЛЬНЕ НАСИЛЬСТВО ЩОДО НИЗЬКОРОСЛИХ ДІТЕЙ З ДЕФІЦИТОМ ГОРМОНА РОСТУ

Одеський національний медичний університет
Валиховський пров., 2, Одеса, 65026, Україна
Odessa National Medical University
Valikhovskiy lane, 2, Odessa, 65082, Ukraine
e-mail: aryayev.nl@gmail.com

Цитування: *Медичні перспективи*. 2021. Т. 26, № 3. С. 125-131

Cited: *Medicni perspektivi*. 2021;26(3):125-131

Ключові слова: дефіцит гормону росту, занедбаність, фізичне насильство, психологічне насильство, шкільний булінг

Ключевые слова: дефицит гормона роста, запущенность, физическое насилие, психологическое насилие, школьный буллинг

Key words: growth hormone deficiency, neglect, psychological abuse, physical violence, school bullying

Реферат. Домашнее и школьное насилие по отношению к низкорослым детям с дефицитом гормона роста. Аряев Н.Л., Сеньковская Л.И. Работа посвящена оценке частоты семейного (запущенность, агрессивные методы наказания) и школьного (буллинг) насилия среди низкорослых детей с дефицитом гормона роста (ДГР) в сравнении с детьми с нормальным ростом. В основной группе находились 94 ребенка с ДГР в возрасте $7,2 \pm 0,4$ года. В контрольную группу были включены 310 здоровых детей в возрасте $7,1 \pm 0,3$ года. Признаки насилия в семье (запущенность, агрессивные методы наказания) и школе (школьный буллинг) выявлялись методом анкетирования детей и родителей. Школьный буллинг оценивался с помощью анкеты *The Olweus Bully/Victim Questionnaire*, адаптированной на украинском и русском языках. Для проверки статистических гипотез о различиях относительных частот в двух независимых выборках использовали критерий хи-квадрат (χ^2). Не были обнаружены различия в частоте запущенности (neglect) в основной группе (8,5%) по сравнению с контрольной (9,5%), $p > 0,05$. Установлена одинаковая частота применения неагрессивных методов воспитания без физических и психологических наказаний как в основной (31,9%), так и в контрольной группах (39,6%; $p = 0,25$). Не выявлена повышенная физическая агрессивность по отношению к детям с ДГР: частота физических наказаний составляла 29,8% и не отличалась от контрольной группы – 35,3% ($p = 0,4$). В основной группе чаще применялись психологические методы наказания (38,3%) по сравнению с контрольной группой (25,1%; $p = 0,04$). Школьный

буллінг в отношении дітей с ДГР виявлявся частіше (27,2%) по сравнению с контрольною групою (17,7%; $p=0,04$). У мальчиків основної групи частота шкільного булінга була в 2 рази вище, ніж у мальчиків контрольної групи. В групі дітей с ДГР, по сравнению с контрольною групою, жертви шкільного булінга частіше испытывали угнетенное настроєння (30,8% против 12,7%; $p=0,05$), рєже имели друзей (42,3% в сравнении 78,2%; $p=0,001$) и частіше ощущали одиночество (26,9% против 9,1%; $p=0,04$).

Abstract. Domestic and school violence in short stature children with growth hormone deficiency. Aryayev M.L., Senkivska L.I. The work is devoted to assessing the frequency of family (neglect, aggressive methods of punishment) and school (bullying) violence among short stature children with growth hormone deficiency (GHD) in comparison with children with normal growth. There were 94 children with GHD in the main group at the age of 7.2 ± 0.4 years. The control group included 310 healthy children aged 7.1 ± 0.3 years. Signs of domestic violence (neglect, aggressive methods of punishment) and violence at school (school bullying) were identified by questioning children and parents. School bullying was assessed using The Olweus Bully/Victim Questionnaire, adapted in Ukrainian and Russian. To check the statistical hypothesis on differences of relative frequencies, in two independent samples, the criteria of chi-square (χ^2) was used. No differences were found in the frequency of neglect in the main group (8.5%) compared to the control group (9.5%), $p>0.05$. An equally low frequency of the use of non-aggressive methods of upbringing without physical and psychological punishment was found both in the main and in the control groups: 31.9% compared to 39.6% ($p=0.25$). There was no increased physical aggressiveness towards children with GHD: the frequency of physical punishment was 29.8% and did not differ from the control group by 35.3% ($p=0.4$). Psychological methods of punishment were used more often (38.3%) in the main group in comparison with the control group (25.1%); $p=0.04$. There was an increased frequency of school bullying in relation to children with GHD (27.2%: 18.1-36.3) compared with the control group (17.7%: 13.4-22.0), $p=0.04$. The frequency of school bullying in boys of the main group was 2 times higher than in boys of the control group. School bullying victims in the main group, compared with the control group, were more likely to feel depressed (30.8% versus 12.7%; $p=0.05$), less often had good friends (42.3% versus to 78.2%; $p=0.001$) and felt loneliness more often (26.9% in relation to 9.1%; $p=0.04$).

Результати сучасних досліджень свідчать про зв'язок між різними варіантами низькорослості в дітей і виникненням психосоціального дистресу [1]. Установлений вплив затримки росту дитини на формування низької самооцінки, соціальної ізоляції, стигматизації [7]. Незважаючи на виняткову увагу соціальної і клінічної педіатрії до проблеми жорстокого поводження з дітьми [2], низький зріст, у тому числі в дітей з дефіцитом гормону росту (ДГР), як фактор ризику насильства в сім'ї і шкільного булінгу, досліджений не повністю, як у глобальному вимірі, так і в межах України [3]. Вивчення регіональної епідеміології сімейного насильства дозволить сформуванати суспільну думку щодо необхідності відмови від агресивних форм покарання дітей та їх заміну на "здорові стратегії" виховання за пропозицією Американської академії педіатрії [8]. Тілесні покарання законодавчо заборонені в 53 країнах і проголошені формою насильства Комітетом з прав дитини ВООЗ й іншими правозахисними організаціями. Американська академія педіатрії не рекомендує батькам використовувати шльопання, удари, щипки, загрози, залякування, зневагу [2]. Сучасна стратегія профілактики й усунення шкільного булінгу повинна розроблятися з урахуванням вірогідних регіональних чинників ризику [4]. Мета цієї роботи – оцінити частоту сімейного (занедбаність, агресивні методи покарання) і шкільного (булінг) насильства щодо низькорослих дітей з ДГР порівняно з дітьми з нормальним ростом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено на базі шкіл м. Одеси й поліклінічного консультативного відділення КНП "Одеська обласна дитяча клінічна лікарня" ООР з 2012 р. до 2020 р. з урахуванням усіх стандартів належної клінічної практики та положень Гельсінської декларації ВМА "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження". На виконання дослідження було отримано письмову інформовану згоду батьків. У дослідній групі знаходилися 94 дитини з ДГР у віці $7,2\pm 0,4$ року з вираженою низькорослістю (SDS – $3,4\pm 0,1$). У контрольну групу для оцінки шкільного булінгу було включено 310 дітей, у тому числі для оцінки сімейного насильства – 116 дітей, віком $7,1\pm 0,3$ року з нормальним ростом (SDS $1,1\pm 0,1$). Ознаки насильства в сім'ї (занедбаність, агресивні методи покарання) і в школі (шкільний булінг) виявлялися методами опитування й анкетування 404 дітей, їхніх матерів (280), або батьків (124). Гендерні відмінності у виборі стратегій покарань не вивчалися. Діти з неповних сімей у дослідження не включалися. Анкетування проводилося анонімно під час амбулаторних прийомів і в шкільних класах.

Оцінка шкільного булінгу проводилася з використанням модифікованого опитувальника The Olweus Bully/Victim Questionnaire, розробленого в Trinity College, Дублін (Ірландія) [9]. Для перевірки статистичних гіпотез про відмінності

відносних частот у двох незалежних вибірках використовували критерій χ^2 з розрахунком за допомогою інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis; <http://quantativeskills.com/>).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Робоча гіпотеза ґрунтувалася на факті більш частого насильства по відношенню до дітей з хронічними захворюваннями, вродженими аномаліями, розладами мови, ментальними відхиленнями [8]. У дослідженні оцінювалася вірогідність більшої частоти сімейного й шкільного насильства щодо низькорослих дітей з ДГР.

У дослідженні занедбаність дітей, як вид жорстокого поведіння в сім'ї, визначалася як ненадання базисного рівня догляду, безпечного оточення, житла, харчування, освіти й медичної допомоги [6]. Частота занедбаності в групі дітей з ДГР становила 8,5% (95% ДІ 2,9-14,1) і не відрізнялася від значень цього показника в

контрольній групі: 9,5% (95% ДІ 2,9-14,5), $p > 0,05$. У 3,1% випадків занедбаність асоціювалася із соціально-економічними проблемами й розглядалася в контексті порушення біоетичного принципу соціальної справедливості та рівності. В основній групі, порівняно з контрольною, частіше має місце гіперопіка: 10,6%; 4,4-16,8 проти 3,5%; 95% ДІ 0,2-6,8 ($p = 0,04$).

Опитування матері або батька про частоту застосування й методи покарання показали, що тільки 31,9% респондентів дослідної групи й 39,6% контрольної групи вважали неприйнятним використання фізичних і психологічних покарань та дотримувалися рекомендованих Американською академією педіатрії "здорових стратегій" покарання (табл. 1). За даними літератури, у сім'ї проблема застосування фізичних або психологічних покарань полягає в можливості їх переростання в жорстоке поведіння (домашнє насильство) [2].

Таблиця 1

Частота покарань дітей у дослідній і контрольній групах за даними опитування батьків (χ^2 test)

Види покарань	Дослідна група (94 дитини) n; % (95% ДІ)	Контрольна група (116 дітей) n; % (95% ДІ)	χ^2	p
«Здорові стратегії»	30; 31,9 (22,5-41,3)	46; 39,6 (30,7-48,5)	1,33	0,25
Фізичні покарання	28; 29,8 (20,6-39,0)	41; 35,3 (26,6-44,7)	0,71	0,40
Психологічні покарання	36; 38,3 (28,5-48,1)	29; 25,1 (17,2-33,0)	4,21	0,04

Примітка: n – абсолютна кількість дітей; % – відносна кількість дітей; 95%ДІ – 95% довірчий інтервал; χ^2 -тест і p: достовірність відмінності при $p < 0,05$.

Частота виховання дітей без фізичних і психологічних покарань із застосуванням "здорових стратегій" покарання у вигляді бесід, позитивного підкріплення належної поведінки, обгово-

рення проблем, демонстрації засудження, обмеження в будь-чому статистично не відрізнялася в порівнюваних групах (табл. 2).

Таблиця 2

Частота виховання дітей без фізичних і психологічних покарань у дослідній і контрольній групах за даними опитування батьків (χ^2 test)

Види «здорових стратегій»	Дослідна група (30 дітей) n; % (95% ДІ)	Контрольна група (46 дітей) n; % (95% ДІ)	χ^2	p
Бесіда, обговорення	12; 40,0; (22,5-57,5)	19; 41,3 (27,1-55,5)	0,01	0,91
Демонстрація засудження	8; 26,7; (10,9-42,5)	14; 30,4 (17,1-43,7)	0,12	0,73
Обмежувальні заходи	10; 33,3; (16,2-49,8)	13; 28,3 (15,3-41,3)	0,21	0,64

Примітки: n – абсолютна кількість дітей; % – відносна кількість дітей; 95%ДІ – 95% довірчий інтервал; χ^2 -тест і p: достовірність відмінності при $p < 0,05$.

У сім'ях низькорослих дітей з ДГР, порівняно з контрольною групою, частіше використовувалися психологічні методи покарання – 38,3% (28,5-48,1) проти 25,1% (17,2-33,0), $p=0,04$ (табл. 1), причому переважаючим видом психо-

логічного насилля щодо цих дітей (табл. 3) була ізоляція ($p=0,03$), у той час як у сім'ях дітей з нормальним ростом частіше мали місце погрози та залякування ($p=0,03$).

Таблиця 3

Частота різних видів психологічного покарання дітей у дослідній і контрольній групах (χ^2 test)

Види психологічного покарання	Дослідна група (36 дітей) n; % (95% ДІ)	Контрольна група (29 дітей) n; % (95% ДІ)	χ^2	p
Образливі висловлювання	5; 13,9 (2,6-25,2)	5; 17,2 (3,5-30,9)	0,13	0,72
Погрози, залякування	5; 13,9 (2,6-25,2)	11; 38,0 (20,3-55,7)	4,91	0,03
Ізоляція	26; 72,2 (57,6-86,8)	13; 44,8 (26,7-62,9)	4,95	0,03

Примітки: n – абсолютна кількість дітей; %- відносна кількість дітей; 95%ДІ – 95% довірчий інтервал; χ^2 -тест і p: достовірність відмінності при $p<0,05$.

Також слід зазначити, що в обох групах батьками використовувалися фізичні методи покарання – дітей з ДГР частіше ставили в кут (53,6%; 35,1-72,1; $p=0,04$), а батьки дітей

контрольної групи частіше вважали прийнятними методами покарання завдання ударів по тілу (51,2%; 35,9-66,5), $p=0,01$ (табл. 4).

Таблиця 4

Частота різних видів фізичного покарання дітей у дослідній і контрольній групах (χ^2 test)

Види фізичного покарання	Дослідна група (28 дітей) n; % (95% ДІ)	Контрольна група (41 дитина) n; % (95% ДІ)	χ^2	p
Дітей ставили в кут	15; 53,6; (35,1-72,1)	12; 29,2 (15,3-43,1)	4,10	0,04
Шльопання/удари	6; 21,4; (6,2-36,6)	21; 51,2 (35,9-66,5)	6,11	0,01
Трясіння/щипки	7; 25,0; (9,0-41,0)	8; 19,6 (7,5-31,7)	1,38	0,24

Примітки: n – абсолютна кількість дітей; %- відносна кількість дітей; 95%ДІ – 95% довірчий інтервал; χ^2 -тест і p: достовірність відмінності при $p<0,05$.

Проведене нами анонімне анкетування показало, що діти з ДГР частіше ставали жертвами шкільного булінгу, причому в групі дітей з ДГР серед хлопчиків частота реєстрації шкільного булінгу була вища майже у 2 рази ($p=0,03$), ніж серед хлопчиків контрольної групи (табл. 5). Трансформація жертв булінгу в агресорів з однаковою питомою вагою мала місце (табл. 5) у дослідній та контрольній групах (5,4% та 6,1% відповідно; $p=0,8$) та не відрізнялась залежно від статі (хлопчики або дівчатка).

За нашими даними, частка дітей з ДГР, які постраждали від булінгу, мали ознаки соціальної депривації, порівняно з дітьми контрольної

групи (табл. 6), а саме: частіше відчували пригнічений настрій – 30,8% (13,1-48,5), констатували труднощі в налагодженні дружніх стосунків та рідше мали друзів – 42,3% (23,3-61,3), при цьому потерпілі внаслідок булінгу діти дослідної групи в період вільного часу частіше (як мінімум один раз в тиждень) залишалися наодинці – 26,9% (9,9-43,9).

Таким чином, за результатами цього дослідження не виявлено підвищення питомої ваги домашньої агресивності у вигляді збільшення частоти покарань або переважного застосування фізичних методів насилля по відношенню до низькорослих дітей з ДГР.

Таблиця 5

Частота шкільного булінгу в дослідній і контрольній групах (χ^2 test)

Роль у шкільному насиллі	Дослідна група (92 дитини) n; % (95% ДІ)	Контрольна група (310 дітей) n; % (95% ДІ)	χ^2	p
Жертва				
Усього	25; 27,2 (18,1-36,3)	55; 17,7 (13,4-22,0)	4,01	0,04
Хлопчики	13; 14,1 (7,1-21,3)	22; 7,1 (4,9-9,9)	4,36	0,03
Дівчатка	12; 13,1 (5,5-18,9)	33; 10,6 (7,2-14,0)	0,45	0,50
Жертва/агресор				
Усього	5; 5,4 (0,8-10,0)	19; 6,1 (3,4-8,8)	0,06	0,80
Хлопчики	3; 3,2 (-0,4-6,8)	11; 3,5 (1,5-5,5)	0,02	0,89
Дівчатка	2; 2,2 (-0,8-5,2)	8; 2,6 (0,8-4,4)	0,05	0,82

Примітки: n – абсолютна кількість дітей; % – відносна кількість дітей; 95%ДІ – 95% довірчий інтервал; χ^2 -тест і p: достовірність відмінності при $p < 0,05$.

Отримані нами дані щодо підвищеної частоти шкільного булінгу по відношенню до дітей з ДГР збігаються з результатами досліджень М.С. Murano [3] про те, що діти з низьким ростом, незалежно від причини, частіше порівняно з однолітками з нормальним ростом страждають від ювенілізації, дражнень і знуцань.

Узагальнення результатів цього дослідження щодо поширеності агресивних форм покарання й

високої частоти шкільного булінгу серед дітей молодшого шкільного віку як низькорослих, так і з нормальним ростом, свідчать про необхідність активізації суспільно-правової і медико-соціальної роботи із захисту дитини відповідно до принципів Європейської інтеграції України з особливою увагою по відношенню до низькорослих дітей.

Таблиця 6

Психологічні особливості жертв шкільного булінгу в дослідній і контрольній групах (χ^2 test)

Психологічні особливості жертв шкільного булінгу	Дослідна група (26 дітей) n; %; 95% ДІ	Контрольна група (55 дітей) n; %; 95% ДІ	χ^2	p
Пригнічений настрій	8; 30,8 (13,1-48,5)	7; 12,7 (3,9-21,5)	3,79	0,05
Є хороші друзі	11; 42,3 (23,3-61,3)	43; 78,2 (67,3-89,1)	10,1	0,001
Відчуття самотності	7; 26,9 (9,9-43,9)	5; 9,1 (1,5-16,7)	4,38	0,04

Примітки: n – абсолютна кількість дітей; % – відносна кількість дітей; 95%ДІ – 95% довірчий інтервал; χ^2 -тест і p: достовірність відмінності при $p < 0,05$.

Наше дослідження підтримує рекомендації Американської академії педіатрії про використання "здорових стратегій" покарання у вигляді позитивного підкріплення належної поведінки, позбавлення певних привілеїв, використання відшкодування і реалізації логічних наслідків.

Отримані нами результати показали потенційну вразливість низькорослих дітей з ДГР відносно шкільного булінгу й підтверджують дані інших дослідників щодо того, що агресивність частіше спрямована на тих, хто демонструє фізичні несхожість і відмінності [5],

а формування підвищеного рівня настороженості до ризику шкільного насильства відносно низькорослих дітей повинно стати важливою складовою виховання й ведення дітей з ДГР.

Обмеженнями дослідження насильства в сім'ї та школі є відсутність аналізу комбінованого використання фізичних і психологічних методів покарання дітей та комбінації різних форм шкільного булінгу (фізичного й психологічного). Перспективи подальших досліджень пов'язані з моніторингом різних видів сімейного й шкільного насильства по відношенню до особливо вразливих груп дітей і розробкою програм попередження жорстокого поведіння на регіональному і державному рівнях.

ВИСНОВКИ

1. У групі дітей з ДГР частота занедбаності становила 8,5% (95% ДІ 2,9-14,1) і не відрізнялася від значень цього показника в контрольній групі – 9,5% (95% ДІ 2,9-14,5), $p > 0,05$.

2. Серед низькорослих дітей з ДГР переважаючими були психологічні методи покарання: 38,3% (28,5-48,1) порівняно з 25,1% (17,2-33,0) у контрольній групі ($p = 0,04$).

3. Практика виховання обстежених дітей відповідно до "здорових стратегій" покарання з відмовою від фізичних і психологічних методів за питомою вагою не відрізнялась у групах дослідження ($p = 0,25$) і мала місце тільки в 31,9% (22,5-41,3) серед низькорослих дітей з ДГР та в

39,6% (30,7-48,5) випадків серед дітей з нормальним ростом.

4. Серед дітей з ДГР виявлена достовірно висока частота шкільного булінгу (27,2%) порівняно з контрольною групою (17,7%, $p = 0,04$), причому в низькорослих хлопчиків реєструвалась у 2 рази частіше, ніж у хлопчиків контрольної групи.

5. Жертви шкільного булінгу в 5,4% випадків у дослідній групі і в 6,1% випадків у контрольній групі виступали в ролі агресора при відсутності статистичних відмінностей у групах порівняння ($p = 0,80$).

6. Жертви булінгу з ДГР, порівняно з дітьми контрольної групи, характеризувались ознаками соціальної депривації – частіше почувалися пригніченими (30,8% проти 12,7%, $p = 0,05$), рідше мали друзів (42,3% проти 78,2%, $p = 0,001$) і в періоді вільного часу частіше відчували себе самотніми (26,9% проти 9,1%, $p = 0,04$).

Автори гарантують відповідальність за об'єктивність представленої інформації і декларують відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості.

Робота виконана в рамках НДР ОНМедУ «Оптимізація ведення дітей з ендокринними та соматичними захворюваннями в системі первинної педіатричної допомоги на основі моніторингу показників психофізичного розвитку, психоемоційного стану та якості життя» (№ держреєстрації: 0121U100238).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Associations between Psychological Problems and Quality of Life in Pediatric Short Stature from Patients' and Parents' Perspectives / J. H. Quitmann et al. *PLoS One*. 2016. 20 Apr. (Vol. 11, No. 4). P. e0153953. PMID: 27097033; PMCID: PMC4838264. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153953>
2. Sege R. D., Siegel B. S. Effective Discipline to Raise Healthy Children. Council on Child Abuse and Neglect; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *Pediatrics*. 2018. Vol. 142, No. 6. P. e20183112. *Pediatrics*. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3609>
3. Murano M. C. A Disability Bioethics Reading of the FDA and EMA Evaluations on the Marketing Authorisation of Growth Hormone for Idiopathic Short Stature Children. *Health Care Anal.* 2020. Sep. (Vol. 28, No. 3). P. 266-282. PMID: 32056083; PMCID: PMC7411515. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00390-1>
4. Rezapour M., Tabar A. N., Khanjani N. Fear of Bullying Victimization in Middle School: Types of Victimization and Advocacy Considerations. *Int Journal of Bullying Prevention*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s42380-021-00089-4>
5. Risk and Protective Factors for Bullying at 11 Years of Age in a Spanish Birth Cohort Study / I. Babarro et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. 19 Jun. (Vol. 17, No. 12). P. 4428. PMID: 32575610; PMCID: PMC7345051. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124428>
6. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review / T. M. Mulder et al. *Child Abuse Negl.* 2018. Mar. (Vol. 77). P. 198-210. PMID: 29358122. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
7. Sandberg D. E., Gardner M. Short Stature: Is It a Psychosocial Problem and Does Changing Height Matter? *Pediatr Clin North Am*. 2015. Aug. (Vol. 62, No. 4). P. 963-82. Epub 2015. 16 May. PMID: 26210627. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.04.009>
8. Tarantola D. Child Maltreatment: Daunting and Universally Prevalent. *Am J Public Health*. 2018. Sep. (Vol. 108, No. 9). P. 1119-1120.; PMCID: PMC6085009. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304637>
9. Validation of the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ-R) Among Adolescents in Chile / J. Gaete et al. *Front. Psychol.* 2021. Vol. 12. P. 578661. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.578661>

REFERENCES

- Quitmann JH, Bullinger M, Sommer R, Rohenkohl AC, Bernardino Da Silva NM. Associations between Psychological Problems and Quality of Life in Pediatric Short Stature from Patients' and Parents' Perspectives. *PLoS One*. 2016 Apr 20;11(4):e0153953. PMID: PMC4838264. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153953>
- Sege RD, Siegel BS; Council on Child Abuse and Neglect; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20183112. *Pediatrics*. 2019 Feb;143(2):e20183609. Erratum for: *Pediatrics*. 2018 Dec;142(6). PMID: 30705141. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3609>
- Murano MC. A Disability Bioethics Reading of the FDA and EMA Evaluations on the Marketing Authorisation of Growth Hormone for Idiopathic Short Stature Children. *Health Care Anal*. 2020 Sep;28(3):266-82. PMID: 32056083; PMID: PMC7411515. doi: <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00390-1>
- Rezapour M, Tabar AN, Khanjani N. Fear of Bullying Victimization in Middle School: Types of Victimization and Advocacy Considerations. *Int Journal of Bullying Prevention*; 2021. doi: <https://doi.org/10.1007/s42380-021-00089-4>
- Babarro I, Andiarena A, Fano E, Lertxundi N, Vrijheid M, JuJ, Barreto FB, Fossati S, Ibarluzea J. Risk and Protective Factors for Bullying at 11 Years of Age in a Spanish Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 19;17(12):4428. PMID: 32575610; PMID: PMC7345051. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124428>
- Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 2018 Mar;77:198-210. PMID: 29358122. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Sandberg DE, Gardner M. Short Stature: Is It a Psychosocial Problem and Does Changing Height Matter? *Pediatr Clin North Am*. 2015 Aug;62(4):963-82. Epub 2015 May 16. PMID: 26210627. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.04.009>
- Tarantola D. Child Maltreatment: Daunting and Universally Prevalent. *Am J Public Health*. 2018 Sep;108(9):1119-20. PMID: PMC6085009. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304637>
- Gaete J, Valenzuela D, Godoy MI, Rojas-Barahona CA, Salmivalli C and Araya R. Validation of the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ-R) Among Adolescents in Chile. *Front. Psychol*. 2021;12:578661. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.578661>

Стаття надійшла до редакції
17.05.2021



UDC 616.43-008.9-056.7-053.2]-07-093:579

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.3.242130>

**O.V. Ishchenko,
D.O. Stepankyi**

MICROBIOLOGICAL FEATURES OF *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

*Dnipro State Medical University
Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
Дніпровський державний медичний університет
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
e-mail: o.ishchenko2018@gmail.com*

Цитування: *Медичні перспективи*. 2021. Т. 26, № 3. С. 131-138

Cited: *Medicni perspektivi*. 2021;26(3):131-138

Key words: *cystic fibrosis, chronic infection, Pseudomonas aeruginosa, airway microbiome, resistance*
Ключові слова: *муковісцидоз, хронічна інфекція, Pseudomonas aeruginosa, мікробіом дихальних шляхів, резистентність*
Ключевые слова: *муковисцидоз, хроническая инфекция, Pseudomonas aeruginosa, микробиом дыхательных путей, резистентность*