

УДК 159.923.31:616.15-006-036.66-053.2:[616-036.82:615.327]
DOI 10.11603/1681-2786.2021.4.12861

І. П. ШМАКОВА, Г. А. ШАПОВАЛОВА, Д. О. УМАНСЬКИЙ, О. П. КОВЕРГА, Н. В. СТЕПАНОВА

АКТУАЛЬНІСТЬ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ У ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, НА ЕТАПІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета: обґрунтувати потребу в наданні спеціальної психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей у періоді ремісії онкологічних захворювань на етапі санаторно-курортної реабілітації.

Матеріали і методи. Бібліометричні, психологічні тести, статистичні (метод варіаційної статистики для середніх величин – коефіцієнт Стюдента, непараметричний критерій χ^2 Пірсона), аналітичні. У психологічному тестуванні використовували визначення рівнів тривоги (шкала Тейлора), форми і ступеня агресії у поведінці (опитувальник Басса – Дарки), ставлення до хвороби дитини, оцінку батьківського ставлення.

Результати. Аналіз даних літератури підтвердив актуальність обраної мети досліджень у контексті гострої необхідності надання психологічної корекції дітям після перенесеного онкологічного захворювання, та їх матерям. В основу досліджень покладено індивідуальний підхід до пацієнта і членів його родини, спрямований на психологічну підтримку або корекцію негативних виявів, підвищення соціальної активності дитини і нівелювання напруження в міжособистісних стосунках. У зв'язку з цим використано методику диференційної психологічної підтримки хворих дітей з урахуванням виявів тривоги та типів агресії, що сприяє покращенню соціальної адаптації, психоемоційного статусу, взаємовідношень у колективі. Встановлено, що психологічна допомога матерям, які виховують дітей після лікування онкологічного захворювання, сприяє достовірному зниженню виявів особистісної та реактивної тривожності.

Висновок. Диференційований підхід до психологічної підтримки хворих дітей та психологічної допомоги їх матерям дозволяє забезпечити ефективну корекцію їх психоемоційної сфери.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діти; сім'ї; онкологічні захворювання; санаторно-курортна реабілітація; психологічна допомога.

Онкологічні захворювання (ОЗ) – це патології з потужним стресовим навантаженням. Тому корекція на перших етапах терапії несприятливих емоційних впливів є не менш важливим завданням, ніж безпосереднє лікування соматичного захворювання. Внутрішня нестабільність батьків породжує дезадаптивні способи подолання стресу в дитини (характерні негативізм, занепокоєння, страх, агресивність, «поведінка догляду»). Діти застосовують моделі батьківської поведінки в стресогенній ситуації, проте не менш значним є вплив на рівні несвідомого. Специфічні «міфи раку» породжують неконтрольовану тривогу, страх, безпорадність, почуття провини в батьків, індуковані в дитини. У цій ситуації виникають складнощі, пов'язані з турботою про дитину, забезпеченням адекватних умов життя (найчастіше – труднощі з навчанням, недотриманням режиму, у спілкуванні). Основною метою психотерапевтичних заходів у цей період повинна бути емоційна стабілізація батьків (насамперед матері). Психолог виступає в ролі приймальної і схвалювальної інстанції, дозволяючи зняти почуття провини, знайти сили адаптуватися до нових умов. Водночас директивно-інсталяційний підхід дозволяє батькам справлятися зі зростаючим почуттям безпорадності [3].

Мета роботи: обґрунтувати потребу в наданні спеціальної психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей у періоді ремісії онкологічних захворювань на етапі санаторно-курортної реабілітації.

Матеріали і методи. Бібліометричні, психологічні тести, статистичні (метод варіаційної статистики для середніх величин – коефіцієнт Стюдента, непараметричний критерій χ^2 Пірсона), аналітичні.

У психологічному тестуванні використовували визначення рівнів тривоги (шкала Тейлора), форми і ступеня агресії у поведінці (опитувальник Басса – Дарки), ставлення до хвороби дитини (СДХД), оцінку батьківського ставлення (ОБС) [4, 6, 9].

Діагностика СДХД [9] відбувається за п'ятьма шкалами. Максимальний розкид по кожній з п'яти шкал СДХД становить від +30 до -30.

Тест диференційованої самооцінки функціонального стану (методика «Агресивна поведінка» [9]) призначено для виявлення схильності респондента до певного типу агресивної поведінки. Під час тестування запропоновано відповіді на низку запитань і виявити свою згоду або незгоду з твердженнями відповідями «Так» або «Ні». Максимальний розкид за кожною з чотирьох шкал становить 10.

Графічна методика «Кактус» (М. А. Панфілова) [13].

Мета: виявлення стану емоційної сфери дитини, наявності агресії, її спрямованості та інтенсивності. Тестування використовують для дітей із чотирьох років.

Анкета з виявлення тривожності в дітей Г. П. Лаврентьевої, Т. М. Титаренко [1, 2]. Мета: виявлення агресивності в дітей.

Методика діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Л. Ханіна (оцінка ситуаційної та особистісної тривожності) [16]. Цей тест є надійним джерелом інформації про самооцінку людиною рівня своєї тривожності в даний момент (реактивна тривожність) і особистісної тривожності як стійкої характеристики особи. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливих, реагувати на такі ситуації станом тривожності. Реактивна тривожність характеризується напруженням, занепокоєнням, нервозністю. Занадто висока реактивна тривожність викликає розлад уваги, іноді порушення тонкої координації. Занадто висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Проте тривожність спочатку не є негативною рисою. Визначений рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги».

Значні відхилення від рівня помірної тривожності потребують особливої уваги. Висока тривожність передбачає схильність до вияву тривоги в ситуаціях оцінки компетентності. У цьому разі слід знизити суб'єктивну значущість ситуації та завдань і перенести акцент на осмислення діяльності й формування почуття впевненості в успіху. Низька тривожність, навпаки, потребує підвищення уваги до мотивів діяльності та почуття відповідальності. Іноді дуже низька тривожність у показниках тестування є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі»

Методика діагностики СДХД [5]. Опитувальник можна використовувати в індивідуальній та сімейній діагностиці ставлення дорослих членів сім'ї до хвороби дитини, для оцінки ефективності сімейної психотерапії, у консультативній роботі, визначенні типу лікування (амбулаторне, стаціонарне, напівстаціонарне, санаторне), культурного рівня сім'ї, якості сімейних стосунків, мало- і багатодітності сім'ї тощо. Може бути корисною у вивченні формування здорового способу життя та особливостей психосоматичних відносин.

Програма корекційних занять (протягом 21 дня, двічі на тиждень) передбачала малювання (фарби, фарби + нитки, фарби + руки, штрихування крейдами, монотипія + кляксографія) і музикотерапію (малювання під музику, ігри під музику, вправи на релаксацію).

Психологічне тестування проводили в дітей, які отримували реабілітаційні комплекси (РК 1-3), у порівнянні із загальним комплексом реабілітації (ЗКР).

Загальний комплекс реабілітації (ЗКР) – 37 хворих, серед яких 20 дітей – з онкогематологічними захворюваннями (ОГЗ), 17 дітей – з солідними пухлинами (СП). ЗКР – контрольна група, з якою порівнювали результати СКР інших груп.

РК 1 – 48 дітей із супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи в періоді ремісії ОГЗ (30 осіб) та СП (18 осіб), яким призначено мінеральну природну лікувально-столову без специфічних компонентів та властивостей малої мінералізації воду «Вознесенська» (фасовану).

РК 2 – 26 дітей із супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи в періоді ремісії після лікування СП, яким призначено мінеральну природну столову воду «Трускавецька Аква-Еко» (фасовану).

РК 3 – 74 дитини із супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи в періоді ремісії ОГЗ (42 особи) та СП (32 особи), яким призначено мінеральну лікувально-столову без специфічних компонентів і властивостей малої мінералізації воду «Аква Лібра» (фасовану).

Результати дослідження та їх обговорення.

Стан проблеми.

Вихід в ремісію – критичний етап у житті сім'ї, яка довгий час переживає наслідки стресу, викликаного захворюванням. Порушення психологічної адаптації сімей розглядають у рамках посттравматичних стресових реакцій. У дитини в період ремісії може виникати страх за здоров'я і життя, страх знову потрапити до лікарні, відчуття особливої вразливості. Такі діти пунктуальні в дотриманні режиму, дієти. Для них пунктуальність у всьому – це захист від небезпеки. Діти часто намагаються спілкуватися з дорослими. Водночас «дорослість» не супроводжується самостійністю.

Що молодша дитина, то значущішими є наслідки хіміопроменевої терапії. Батьки повідомляють про віддалені наслідки у вигляді порушень пам'яті, уваги, діти часто розгальмовані, непосидючі, неспокійні, іноді мляві, апатичні. Старші діти демонструють невротичну симптоматику. Підлітки часто засвоюють «інвалідну поведінку» як метод маніпуляцій. Дошкільнята, що знаходяться в стадії ремісії, потребують фізичного й емоційного спокою, пасивності. Така поведінка є захисною, поверхневою, що приховує за собою тривожність, вразливість. Крім того, у хворих дітей часто наявне порушення часової перспективи, зниження інтересів, допитливості щодо навколишнього світу, мотивації досягнень [9]. Порушення психологічної адаптації цих сімей можна розглядати в рамках посттравматичних стресових реакцій, ускладнених так званним «дамокловим синдромом» (Koocher, O'Malley). При цьому самі батьки оцінюють свій психологічний

стан як погіршення, тимчасом як побоювання за життя дитини відходять на другий план [7].

Захворювання змінює не тільки внутрішньосімейний уклад, міжособистісні відносини, але й веде до вимушеної зміни батьками моделей трудової поведінки [3, 10, 11]. Батьки й матері з самого початку по-різному реагують на звістку про хворобу дитини. Емоційні реакції запускають у дію ряд фізіологічних процесів, які пригнічують природні захисні механізми організму і створюють умови, що сприяють утворенню атипичних клітин.

Психологічні проблеми родин, які виховують дітей після онкологічних захворювань, є актуальними і знаходяться нині в центрі уваги психологів, які здійснюють психологічну підтримку родин. Проблеми дитини з онкопатологією та її родини не припиняються із закінченням лікування. Фахівці відзначають низку проблем, які відчуває родина після закінчення лікування: 1) депресії, іноді з ідеями самозвинувачення; 2) напружені відносини з хворою дитиною; 3) погіршення відносин із близькими (подружжям), самотність [8, 12, 21].

За таких умов завданням психологів є збереження нормальної якості життя хворої дитини з урахуванням її психоемоційного стану. При цьому найефективнішою є психокорекційна робота з усією родиною пацієнта (насамперед з матір'ю). Постійна напруга, яка закріпилася в період хвороби дитини, тенденція до емоційної закритості і придушення негативних переживань не дозволяють розвивати відкриті та приймальні відносини з дитиною, опрацьовувати власні проблеми.

Діти з онкологічними захворюваннями повинні перебувати в центрі уваги психологів на всіх стадіях хвороби, під час проходження всіх етапів лікування та реабілітації. Психологічний супровід сприяє швидкій адаптації до ситуації захворювання дитини та її родини, формує конструктивні відносини дитина – батьки – лікар.

Автори [17] виділили такі стадії сприйняття хвороби, як: гостра стадія, стадія адаптації, стадія реабілітації.

Успішне завершення курсу терапії та перехід на стадію ремісії для дитини та батьків є великою радістю, але напруга та переживання можливості рецидиву можуть заважати процесу соціальної адаптації дитини. Період входження дитини у звичний ритм життя, а саме повернення до навчання та активного спілкування з однолітками є важливою складовою успішної соціальної реабілітації. Тому поруч із психологічною підтримкою дорослих підтримка однолітків має велике значення для формування адекватного ставлення до себе й ефективної реабілітації. Психологічний супровід онкохворої дитини та її сім'ї дозволяє підійти комплексно до лікування, вирішити психологічні проблеми, подолати труднощі соціальної ізоляції, підтримувати емоційну рівновагу, повертаючи її до здоров'я.

У роботі [8] під час оцінювання психологічного стану у 60 % дітей виявлено тривогу, у 96 % ви-

падків фобії, які не були пов'язані з конкретною життєвою подією. Відмінністю від дітей із соматичними захворюваннями в характері страхів була поява страху захворіти та болю, які виявлялися частіше в 3,4 та 1,4 рази відповідно. Привертає увагу той факт, що в самооцінці свого стану 60 % дітей відзначали стомлюваність, зміни емоційного тону (28 %), наявність дратівливості (56 %), стан дискомфорту (47 %) і зниження інтересу до оточення (48 %).

Порівняльна оцінка показників психоемоційного стану у дітей із злоякісними новоутвореннями та їх батьків виявила деякі відмінності. Так, діти в 1,5 рази частіше відзначали зниження інтересу до оточення, тоді як серед матерів в 1,3 рази частіше виявлялося зниження емоційного тону, в 1,4 рази – дратівливість, в 1,7 рази частіше, ніж у дитини, – стан дискомфорту. Такі факти свідчать про доцільність розробки родинних програм психологічної реабілітації дітей-інвалідів з онкологічними захворюваннями та їхніх батьків з урахуванням індивідуальних змін психоемоційного статусу, тому що це може негативно впливати на міжособистісні відносини у сім'ї.

Способи корекції психічних та психоемоційних розладів, а також оцінювання, прогнозування і підвищення адаптаційних можливостей, враховуючи й енергетичні аспекти цих процесів у дітей з онкологічною патологією, є невід'ємними частинами їх лікування, які необхідно впроваджувати на етапі медичної реабілітації. У роботі з онкохворими дітьми через те, що вони не можуть говорити про свій душевний стан, раціонально використовувати такі види психотерапії, як ігро-, арт-, казко-, кольоро-, звукотерапію та ін. [15].

Аналізуючи особливості реабілітації дітей з онкогематологічною патологією, автори роботи [15] звертають особливу увагу на медико-педагогічну і психологічну корекції. Психологічний комфорт дитини забезпечується завдяки розробленим і застосовуваним у процесі реабілітації психолого-педагогічним підходам у виховній роботі.

У роботі [14] відображено спостереження, проведено за дітьми старшого шкільного віку з періодом ремісії три – п'ять і більше п'яти років після завершення терапії ОГЗ і радикального лікування СП. Одним зі складників СКР дітей з онкологічними захворюваннями є корекція психологічного статусу безпосередньо для хворої дитини. В її основу покладено індивідуальний підхід до пацієнта і членів його родини, спрямований на психологічну підтримку або корекцію негативних виявів, підвищення соціальної активності дитини і нівелювання напруги в міжособистісних стосунках.

Відповідно до результатів психологічного тестування дитини та її батьків, визначено диференційовані групи для психологічної корекції та підтримки батьків. Застосовано ігрові методики, піскову терапію й арт-терапію з урахуванням вікових особливостей й інтелекту дітей, за показниками сімейні програми психокорекції. Поліп-

шення виявлено в зменшенні психоемоційної лабільності, позитивному настрої дитини, концентрації уваги на радісних, цікавих подіях у процесі курсу СКР, формуванні рольових позицій серед однолітків.

Психологічні програми використовували на тлі санаторно-курортного комплексу з корекцією режиму дня і фізичних навантажень, водолікувальних процедур, фітоароматерапії, галотерапії і синглетно-кисневої терапії, кліматотерапії. У порівняльному аспекті визначено превалювання ефекту відновлювального лікування в санаторії дітей у супроводі батьків щодо ефективності лікування в дитячому санаторії. Виявлено позитивну динаміку психоемоційного статусу батьків хворої дитини, що має особливе значення для подальшої сімейної психологічної підтримки [17].

Одним із завдань програми психологічної допомоги є проведення занять із використанням різних методів для зняття емоційної напруги та релаксації батьків [3]. Психологічна реабілітація психоемоційного стану дитини досягається швидше і є більш стабільною, якщо її підкріплюють емоційною стабільністю батьків, їхньою готовністю брати участь у лікуванні дитини. Інший, не менш важливий компонент програми психологічної допомоги – отримання інформації про дитину: про її особистісні ознаки й риси, ставлення до членів сім'ї, до довіллі. Така необхідність зумовлена закритістю цієї категорії дітей, а також неможливістю висловити свої бажання і потреби у зв'язку з наявністю деяких порушень.

Програми психологічної допомоги сприяють гармонізації стосунків між дітьми та батьками. Батьки прагнуть більше дізнатися про інтереси дітей, про їхній емоційний стан, підтримати дитину, допомогти їй упоратися з тим, що її турбує. Агресія дітей щодо батьків як реакція на їхні заборони та обмеження, а також агресія до дитини з боку батьків через невідповідність поведінки дитини очікуванням батьків змінюються на взаєморозуміння і взаємну підтримку.

Третій компонент програми психологічної допомоги – це усунення ефекту депривації. Головним завданням програми є стимулювання дітей для подальшої їхньої соціальної адаптації, а також адаптування їхніх сімей до нових умов життя. Проведення групових занять із дітьми та батьками вже передбачає деяку частку соціалізації. Але разом із тим вони можуть, з одного боку, соромитися, закриватися і перебувати в постійній напрузі, а з іншого – не помічати бажань і почуттів інших, поводитися агресивно і відразливо. За таких умов заняття з обов'язковістю повинні бути спрямовані на розвиток емпатії, побудову соціальних контактів.

У результаті діти краще розуміють один одного, ураховують бажання і почуття інших. Поступово зникає страх перед довірливими стосунками з людьми і зближенням із ними як у дітей, так і в батьків. Оскільки агресивність є лише захисною реакцією,

під час появи почуття впевненості і безпеки дитина та члени сім'ї все рідше і рідше її виявляють.

І останній компонент – інформованість батьків про досягнення дитини і її зміни в процесі занять. Бесіда з батьками повинна проходити в присутності дитини [3].

Результати власних досліджень.

Фрагментом дисертаційної роботи [20] було проведення психологічної діагностики та оцінки ефективності корекційних занять із дітьми в стані ремісії ОЗ та з їхніми матерями [18, 19].

У ході виконання завдань цієї роботи здійснено діагностику психологічного стану 30 дітей у стані ремісії онкологічних захворювань, серед яких 18 хлопчиків і 12 дівчаток віком від 5 до 15 років.

Виконано діагностику емоційно-вольової (методика «Рівень тривожності») і пізнавальної сфери (запам'ятовування 10 слів – тест А. Р. Лурія, методика «Коректурна проба», літерний варіант).

Результати діагностики до початку реабілітації:

– методика «Рівень тривожності» [7]: у 13 дітей (43,3 %) спостерігався високий рівень тривожності, у 12 (40 %) – вияви тривожності середнього ступеня вираженості, у 5 (16,7 %) дітей зареєстровано низький рівень тривожності;

– запам'ятовування 10 слів (А. Р. Лурія) [7]: 12 (40 %) дітей характеризувалися середнім рівнем запам'ятовування і підвищеною стомлюваністю, для 5 (16,7 %) характерний низький рівень запам'ятовування, а також нестійкість і коливання уваги; у 13 (43,3 %) дітей рівень запам'ятовування високий;

– «коректурна проба»: у 22 (73, %) дітей виявлено труднощі з концентрацією уваги, у 17 (56,7 %) – обсяг пам'яті був нижчим за показник норми і 15 (50 %) дітей характеризувалися труднощами в переключанні уваги.

Результати діагностування батьків після приїзду до санаторію:

– коротка шкала тривоги, депресії і посттравматичного стресового розладу (Б. Харт): усі 100 % батьків дали результати, що свідчать про потребу в психологічній допомозі;

– опитувальник депресивності Бека: для 8 (26,7 %) батьків характерною є помірна вираженість депресії, немає депресивних симптомів у 22 (73,3 %);

– шкала тривожності Гамільтона: панічний розлад у 4 (13,3 %), тривожний стан характерний для 12 (40 %) батьків, тривожні симптоми у 10 (33,3 %) і немає тривожних станів у 4 (13,3 %) батьків.

Після використання РК 1–3 проведено психологічну діагностику 30 дітей у стані ремісії онкологічних захворювань.

За результатами діагностування агресії за допомогою графічної методики «Кактус» (М. А. Панфілова) [13] можна стверджувати про зниження рівня агресії в дітей після корекційних занять. Також знизилася вияви імпульсивності, невпев-

неності, потайливості, тривожності, прагнення домашнього захисту й самотності. Такі вияви, як прагнення до лідерства і оптимізм, по закінченні корекційних занять, почастишали. Деякі харак-

теристики (наприклад, демонстративність, жіночність, екстравертивність, інтровертивність) залишилися незмінними, що може свідчити про стійкість названих характеристик (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка результатів діагностики стану емоційної сфери дитини за результатами корекційних занять за допомогою методики «Кактус» при проведенні санаторно-курортної реабілітації

Вияв особистості	До корекційних занять, n=30		Після корекційних занять, n=30	
	абс.	%	абс.	%
Агресія	18	60,0	5	16,7
Імпульсивність	23	76,7	20	66,7
Прагнення до лідерства	7	23,3	10	33,3
Невпевненість	15	50,0	11	36,7
Демонстративність	10	33,3	10	33,3
Потайливість	18	60,0	13	43,3
Оптимізм	12	40,0	18	60,0
Тривожність	22	73,3	12	40,0
Жіночність	4	13,3	4	13,3
Екстраверсія	6	20,0	6	20,0
Інтроверсія	13	43,3	13	43,3
Прагнення домашнього захисту	24	80,0	22	73,3
Прагнення самотності	12	40,0	6	20,0

Отримані результати уможливають твердження про позитивний вплив корекційних занять на дітей. Вони стали менш агресивними (у 3,6 раза), потайливими (в 1,4 раза), більш упевненими (в 1,4 раза) й оптимістичнішими (в 1,5 раза). Зменшилися вияви тривожності (в 1,8 раза) та прагнення самотності (у 2 рази), зріс показник прагнення до лідерства. Зменшилися вияви прагнення домашнього захисту, а такі показники, як демонстративність, жіночність, екстравертивність (характерологічна особливість, що виявляється в підвищеній товариськості, відкритості внутрішнього світу, інтерес до інших людей і неохочість до поглибленого самоаналізу) та інтровертивність (індивідуальна характерологічна особливість, що виявляється в некоммукабельності, замкнутості, відсутності достатнього інтересу до інших людей і схильність до поглибленого самоаналізу), виявилися стійкими й після проведення корекційних занять.

Проведення корекційних і розвивальних занять (протягом 21 дня, двічі на тиждень) з дітьми, а також консультацій з батьками за допомогою діагностування психологічного стану сприяли його позитивній динаміці.

Внаслідок діагностування тривожності за допомогою методики «Рівень тривожності» виявили зниження високого рівня тривожності в дітей після корекційних занять (рис. 1).

У дітей, які характеризувалися низьким рівнем тривожності під час проведення діагностики одразу після приїзду, рівень тривожності залишився незмінним після проведення корекційних занять, проте їхня кількість збільшилася з 5 (16,7 %) до 8 (26,7 %). У 10 (33,3 %) дітей рівень тривожності знизився з високого до низького та середнього. Після проведення корекційних занять лише

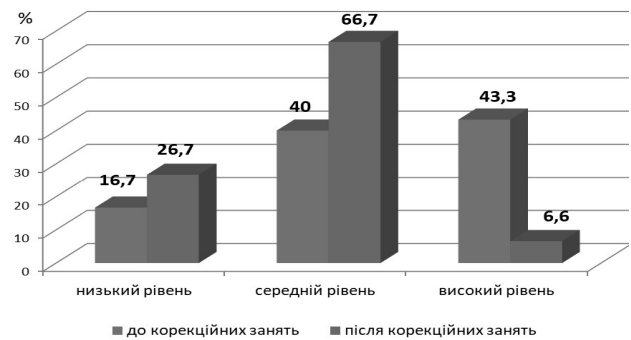


Рис. 1. Результати застосування методики «Рівень тривожності» у дітей до та після корекційних занять при проведенні санаторно-курортної реабілітації, %.

у 2 (6,6 %) дітей було зареєстровано високий рівень тривожності. Кількість дітей із тривожністю середнього рівня вираженості збільшилася до 20 (66,7 %).

Внаслідок повторного діагностування процесу довільного запам'ятовування за допомогою методики «Запам'ятовування 10 слів» під час завершення СКР отримали такі результати (рис. 2).

Після проведення корекційних занять, спрямованих на розвиток пізнавальної сфери, у дітей покращився процес довільного запам'ятовування.

Високий рівень запам'ятовування показали 17 (56,7 %) дітей, швидкість запам'ятовування з кожною пробою збільшувалась. Випадки низького рівня довільного запам'ятовування в дітей зменшилися і після проведення корекційних занять становили 3 (10 %). Середній рівень довільного запам'ятовування, який характеризується підвищеною втомлюваністю, було зафіксовано у 10 (33,3 %) дітей після проведення корекційних занять.

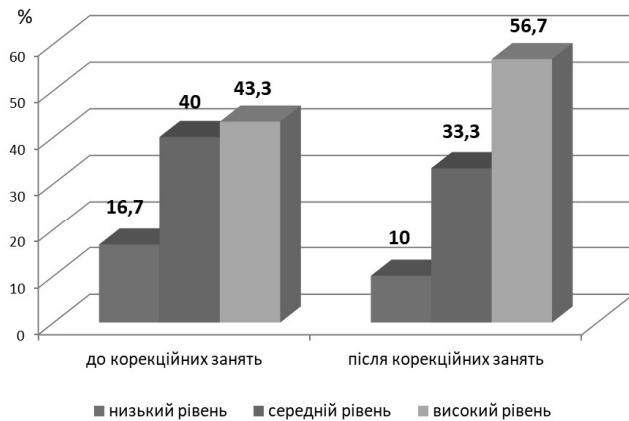


Рис. 2. Динаміка результатів довільного запам'ятовування в дітей за методикою «Запам'ятовування 10 слів» (А. Р. Лурія) при проведенні санаторно-курортної реабілітації, %.

На підставі використання методики «Коректурна проба» після проведення корекційних занять у дітей отримано результати діагностування обсягу уваги (рис. 3).

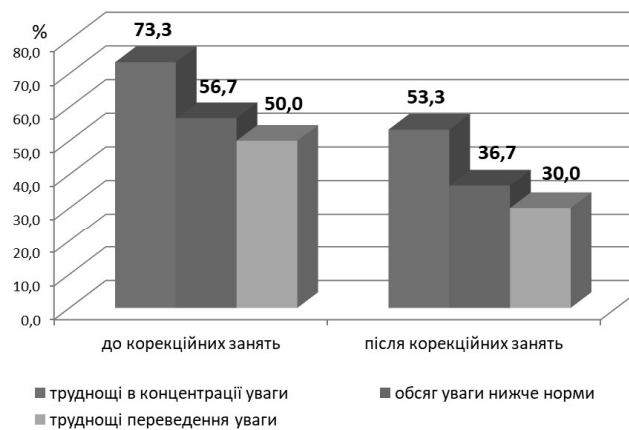


Рис. 3. Динаміка результатів застосування методики «Коректурна проба» до та після корекційних занять під час проведення санаторно-курортної реабілітації дітей з онкозахворюваннями, %.

Зазнали змін такі показники, як труднощі з концентрацією уваги, обсяг уваги нижче норми та складнощі переключення уваги. Наприкінці реабілітації труднощі з концентрацією уваги знизилися від 22 (73,3 %) до 16 (53,3 %) випадків. Частота виявлення показників, що характеризують обсяг уваги нижче норми, зменшилася від 17 (56,7 %) до 11 (36,7 %), складнощі переключення уваги – від 15 (50 %) до 9 (30 %) випадків. Для отримання кращих результатів рекомендовано батькам подовження розвитку пізнавальної сфери дітей за допомогою розвивальних ігор.

У періоді до та після корекційних занять під час проведення СКР здійснено діагностику 33 матерів віком від 29 до 42 років.

У першу чергу виявлено рівень тривожності. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає

схильність суб'єкта до тривоги й передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них відповідною реакцією. Як схильність особиста тривожність активізується у час сприйняття певних стимулів, що розцінюються як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Ситуативна, або реактивна, тривожність характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Результати діагностування тривожності за допомогою методики Спілберґера – Ханіна [16] уможливають твердження про зниження таких показників, як рівень реактивної тривожності та рівень особистісної тривожності в матерів після проведення корекційних занять. Після проведення корекційних занять у курсі СКР у 13 (39,4 %) матерів рівень реактивної тривожності змістився з високого на середній рівень. У 1 (3,03 %) жінки рівень реактивної тривожності змістився з середнього на низький. Низький рівень реактивної тривожності, який спостерігався у 5 (15,2 %) матерів до корекційних занять, залишився на такому ж низькому рівні й після їхнього проведення. У 17 (51,5 %) матерів рівень особистісної тривожності змістився з високого на середній рівень, а в 9 (27,3 %) матерів рівень особистісної тривожності так і залишився на середньому рівні після проведення корекційних занять. Матерів з низьким рівнем особистісної тривожності не виявлено (рис. 4, табл. 2).

За результатами, отриманими у процесі СКР, у матерів встановлено зниження показників РТ, ОТ.

За результатами діагностики психологічного стану матерів щодо ставлення до хвороби дитини за допомогою методики СДХД, можна говорити про зменшення частотності цілої низки показників, таких, як: інтернальність, тривога, нозогнозія, контроль активності, загальна напруженість (табл. 3).

Результати діагностики матерів щодо ставлення до хвороби за допомогою методики СДХД свідчать про зменшення тривоги (в 1,6 раза), нозогнозії (в 1,3 раза), загальної напруженості (у 2,4 раза). Рівень реактивної особистісної тривожності матерів вагомо знизився після корекційних занять.

Результати повторного діагностування за допомогою шкали Б. Харта дозволяють стверджувати, що після проведення занять задовольнила свою потребу в психологічній допомозі 21 (70 %) матір. Для 9 (30 %) матерів виявлено потребу в більш поглибленій роботі із психотерапевтом в індивідуальному форматі.

Під час повторного діагностування рівня депресії за допомогою опитувальника депресивності Бека встановлено зниження кількості матерів із помірно вираженою депресією: під час першого діагностування – 8 (26,7 %), після занять –

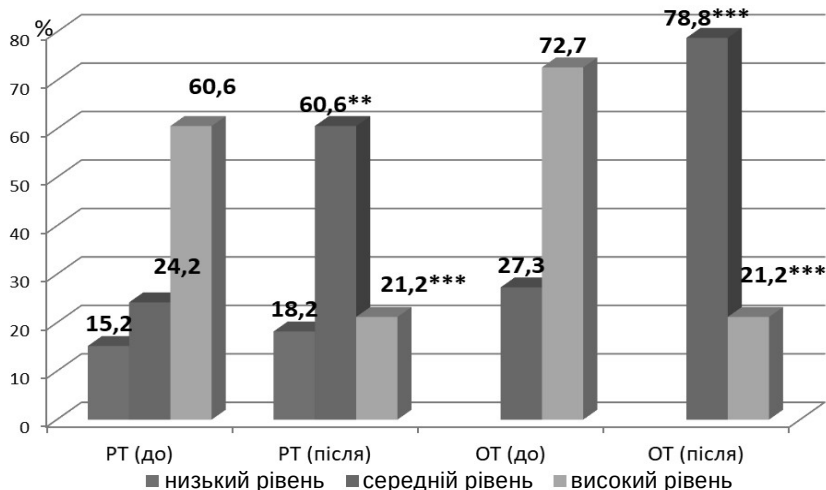


Рис. 4. Динаміка показників тривожності в матерів до та після корекційних занять у курсі санаторно-курортної реабілітації, %.

Примітка. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – вірогідність різниці між показниками до та після СКР.

Таблиця 2. Динаміка тривожності батьків дітей, які мали онкозахворювання, під впливом санаторно-курортної реабілітації, $n=33$

Показник	До корекційних занять						Після корекційних занять					
	низький рівень		середній рівень		високий рівень		низький рівень		середній рівень		високий рівень	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Реактивна тривожність (РТ)	5	15,2±6,2	8	24,2±7,5	20	60,6±8,5	6	18,2±6,7	20	60,6±8,5**	7	21,2±7,1***
Особистісна тривожність (ОТ)	0	0	9	27,3±7,8	24	72,7±7,8	0	0	26	78,8±7,1***	7	21,2±7,1***

Примітка. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – вірогідність різниці між показниками до та після СКР.

Таблиця 3. Зміни у ставленні батьків до хвороби за допомогою методики діагностування ставлення до хвороби дитини під впливом СКР, $n=33$

Показник	До корекційних занять				Після корекційних занять			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інтернальність	Інтернальний контроль хвороби		Екстернальний контроль хвороби		Інтернальний контроль хвороби		Екстернальний контроль хвороби	
	20	60,60	13	39,39	14	42,42	19	57,57
Тривога	Тривожні реакції		Заперечення тривоги		Тривожні реакції		Заперечення тривоги	
	24	72,72	9	27,27	15	45,45	18	54,54
Нозогнозія	Гіпернозогнозія		Гіпонозогнозія		Гіпернозогнозія		Гіпонозогнозія	
	21	63,63	12	36,36	16	48,48	17	51,51
Контроль активності	Тенденція встановлювати максимальні обмеження активності		Тенденція недооцінювати дотримання необхідних обмежень активності		Тенденція встановлювати максимальні обмеження активності		Тенденція недооцінювати дотримання необхідних обмежень активності	
	20	60,60	13	39,39	15	45,45	18	54,54
Загальна напруженість	Низький рівень напруженості стосовно хвороби		Напружене ставлення до хвороби		Низький рівень напруженості стосовно хвороби		Напружене ставлення до хвороби	
	24	72,72	9	27,27	10	30,30	23	69,69

5 (16,7 %) матерів. Тобто кількість матерів, у яких після закінчення занять не виявлено депресивні симптоми, становить 25 (83,3 %).

Висновок

Диференційований підхід до психологічної підтримки хворих дітей з урахуванням виявів тривоги та типів агресії сприяє покращанню психоемоційного статусу, взаємовідношень у колективі, соціальної адаптації. Психологічна допомога матерям, що виховують дітей після

лікування онкологічних захворювань, сприяє достовірному зниженню виявів особистісної та реактивної тривожності.

Перспективи подальших досліджень. Слід вважати доцільним продовження досліджень з обґрунтування психологічної допомоги дітям із ОЗ та їх матерям з урахуванням диференціації підходів при різних нозоформах онкологічних захворювань дітей.

Список літератури

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – М. : Академический проект, 2007. – 240 с.
2. Альманах психологических тестов. – М., 2005. – 234 с.
3. Анопрієнко О. В. Проблеми адаптації дітей з онкогематологічною патологією до умов стаціонарного лікування та етапи їх психологічної реабілітації на різних стадіях хвороби / О. В. Анопрієнко, Т. Ю. Дубініна, Н. О. Кубаля // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2010. – № 2. – С. 12–16.
4. Вісковатова Т. П. Затримка психічного розвитку у дітей, обумовлена впливом малих доз природних і антропогенних факторів / Т. П. Вісковатова. – Одеса : ЮУПУ, 1996. – 264 с.
5. Диагностика состояния агрессии (опросник Басса – Дарки) / под ред. И. Б. Дермановой // Диагностика эмоционально-морального развития. – СПб. : Речь, 2002. – С. 80–84.
6. Доскін В. А. Тест диференційованої самооцінки функціонального стану / В. А. Доскін, Н. Л. Лаврентьєва, М. Н. Мірошников // Питання психології. – 1973. – № 6. – С. 141–145.
7. Дудніченко А. С. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / А. С. Дудніченко, Л. Н. Дышлевая, А. Ю. Дышлевой // Пробл. медичної науки та освіти. – 2003. – № 3. – С. 46–47.
8. Значення психовегетативного стану в основних аспектах реабілітації дітей-інвалідів з онкологічними захворюваннями / В. О. Поберська, Т. С. Янченко, С. О. Єременко, С. Л. Євсєєва // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2009. – № 4. – С. 9–13.
9. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. А. Карелин. – М. : ЭКСМО, 2007. – 416 с.
10. Кривоніс Т. Г. Гендерні особливості прояву клініко-психологічних феноменів у онкологічних пацієнтів / Т. Г. Кривоніс, И. В. Жулкевич // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2020. – № 1. – С. 115–119. DOI 10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11078.
11. Моисеенко Е. И. Психологическая адаптация семьи с ребенком с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Е. И. Моисеенко, Н. А. Писаренко, Г. Я. Цейтлин // Социальные и психологические проблемы детской онкологии : материалы I Всеросс. конф. с междунар. участием. – М. : GlaxoWelcome, 2009. – С. 112–125.
12. Особенности психологической адаптации и лечения детей с онкопатологией / М. А. Бялик, Е. Е. Моисеенко, В. В. Николаева, Н. А. Урядницкая // Социальные и психологические проблемы детской онкологии : материалы I Всеросс. конф. с междунар. участием. – М. : GlaxoWelcome, 2009. – С. 97–99.
13. Панфілова М. А. Графічна методика «Кактус» / М. А. Панфілова // Обруч. – 2000. – № 5. – С. 21–22.
14. Поберская В. А. Коррекция психоэмоциональной сферы в процессе санаторно-курортного лечения детей с онкологическими заболеваниями / В. А. Поберская // Стратегія та тактика санаторно-курортної реабілітації хворих після радикального лікування онкопатології. Роль природних лікувальних чинників у санаторно-курортній реабілітації : матеріали наук.-практ. конф. (Миргород, 4–5 жовт. 2010). – Миргород, 2010. – С. 29.
15. Поберская В. А. Основные аспекты программы социальной адаптации детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями / В. А. Поберская // Вестн. физиотерапии и курортологии. – 2008. – № 2. – С. 121.
16. Спилбергер Ч. Д. Исследования тревожности / Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин ; под ред. И. Б. Дермановой // Диагностика эмоционально-морального развития. – СПб. : Речь, 2002. – С. 124–126.
17. Черных К. А. Влияние арт-терапии на уровень тревожности детей с онкологическими заболеваниями и их родителей / К. А. Черных, Л. Я. Гриняева // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2013. – № 76 (4). – С. 19–21.
18. Шаповалова Г. А. Психологічна корекція стану дітей в періоді ремісії онкологічних захворювань та їх матерів як складова санаторно-курортної реабілітації / Г. А. Шаповалова, К. Д. Бабов // Актуальні проблеми медицини транспорту. – 2018. – № 1 (51). – С. 61–67.
19. Шаповалова Г. А. Психологічна реабілітація дітей в період ремісії онкогематологічних захворювань в умовах санаторію для дітей з батьками / Г. А. Шаповалова, К. Д. Бабов // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2017. – No. 29. – P. 112–116.
20. Шаповалова Г. А. Санаторно-курортна реабілітація дітей в стадії ремісії онкозахворювань: обґрунтування диференційованих програм з урахуванням супутньої патології : дис. ... доктора мед. наук : 14.01.33 / Г. А. Шаповалова ; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Х., 2021. – 405 с.
21. Venger O. Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer / O. Venger, I. Zhulkevych, Yu. Mysula // Georgian Medical News. – 2021. – Vol. 315 (6). – P. 29–33.

References

1. Adler, A. (2007). *Praktika i teoriya individualnoy psikhologii [Practice and theory of individual psychology]*. Moscow: Akademicheskiiy projekt [in Russian].
2. (2005). *Almanakh psikhologicheskikh testov [Almanac of psychological tests]*. Moscow [in Russian].
3. Anopriyenko, O.V., Dubinina, T.Yu., & Kubalya, N.O. (2010). Problemy adaptatsii ditei z onkohematologichnoi patolohiieiu do umov statsionarnoho likuvannia ta etapy yikh psikhologichnoi reabilitatsii na riznykh stadiakh khvoroby [Problems of adaptation of children with oncohematological pathology to the conditions of inpatient treatment and stages of their psychological rehabilitation at different stages of the disease]. *Med. reabilitatsiia, kurortolohiia, fizioterapiia – Med. Rehab. Balneol. Physiother.*, 2, 12-16 [in Ukrainian].
4. Viskovatova, T.P. (1996). *Zatrymka psikhichnoho rozvytku u ditei, obumovlena vplyvom malykh doz pryrodnykh i antropohennykh faktoriv [Delay of mental development in children due to the influence of small doses of natural and anthropogenic factors]*. Odesa: YuUPU [in Ukrainian].
5. Dermanova, I.B. (Ed.). (2002). *Diagnostika sostoyaniya agresii (oprosnik Bassa-Darki). Diagnostika emotsionalno-moralnogo razvitiya [Diagnostics of the state of aggression (Bass-Darki questionnaire). Diagnostics of emotional and moral development]*. Saint-Petersburg: Rech [in Russian].
6. Doskin, V.A., Lavrentyeva, N.L., & Miroshnykov, M.N. (1973). Test dyferentsiiovanoi samootsinky funktsionalnogo stanu [Test of differentiated self-assessment of functional status]. *Pytannia psikhologii – Questions of Psychology*, 6, 141-145 [in Russian].
7. Dudnichenko, A.S., Dyshlevaya, L.N., & Dyshlevoy, A.Yu. (2003). O vazhnosti otsenki psikhicheskogo sostoyaniya onkologicheskikh bolnykh i chlenov ikh semey [On the importance of assessing the mental state of cancer patients and their families]. *Probl. medichnoi nauky ta osvity – Probl. Med. Sci. Educ.*, 3, 46-47 [in Ukrainian].
8. Poberska, V.O., Yanchenko, T.S., Yeremenko, S.O., & Yevsyeyeva, S.L. (2009). Znachennia psykovehetativnoho stanu v osnovnykh aspektakh reabilitatsii ditei-invalidiv z onkologichnyimi zakhvoriuvanniamy [Significance of psychovegetative state in the main aspects of rehabilitation of children with disabilities with cancer]. *Med. reabilitatsiia, kurortolohiia, fizioterapiia – Med. Rehab. Balneol. Physiother.*, 4, 9-13 [in Ukrainian].
9. Karelin, A.A. (2007). *Bolshaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov [Big encyclopedia of psychological tests]*. Moscow: YeKSMO [in Russian].
10. Krivonis, T.G., & Zhulkevych, I.V. (2020). Henderni osoblyvosti proiavu kliniko-psikhologichnykh fenomeniv u onkologichnykh patsiiientiv [Gender features of clinical-psychological phenomena in cancer patients]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 1, 115-119. DOI 10.11603/1811-2471.2020.v1.11078 [in Ukrainian].
11. Moiseyenko, Ye.I., Pisarenko, N.A., & Tseytlin, G.Ya. (2009). Psikhologicheskaya adaptatsiya semi s rebenkom s onkologicheskimi zabolevaniyem na etape remisii [Psychological adaptation of a family with a child with cancer at the stage of remission]. Proceedings of the I All-Russian International Conference: «*Sotsialnyye i psikhologicheskiye problemy detskoy onkologii*» – “*Social and Psychological Problems Pediatric Oncology*”. (p. 112). Moscow: GlaxoWelcome [in Russian].
12. Byalik, M.A., Moiseyenko, Ye.Ye., Nikolayeva, V.V., & Uryadnitskaya, N.A. (2009). Osobennosti psikhologicheskoy adaptatsii i lecheniya detey s onkopatologiyey [Features of psychological adaptation and treatment of children with oncopathology]. Proceedings of the I All-Russian International Conference: «*Sotsialnyye i psikhologicheskiye problemy detskoy onkologii*» – “*Social and Psychological Problems Pediatric Oncology*”. (pp. 97-99). Moscow: GlaxoWelcome [in Russian].
13. Panfilova, M.A. (2000). *Hrafichna metodyka «Kaktus» [Graphic technique «Cactus»]*. *Obruch*, 5, 21-22 [in Russian].
14. Poberskaya, V.A. (2010). Korrektsiia psikhoeotsyonalnoy sfery v protsesse sanatorno-kurortnoho lecheniya detey s onkologicheskimi zabolevaniyami [Correction of psycho-emotional sphere in the process of sanatorium treatment of children with cancer]. Proceedings of Scientific and Practical Conference: «*Stratehiia ta taktyka sanatorno-kurortnoi reabilitatsii khvorykh pislia radykalnogo likuvannia onkopatolohii. Rol pryrodnykh likuvalnykh chynnykiv u sanatorno-kurortnii reabilitatsii*» – “*Strategy and tactics of sanatorium rehabilitation of patients after radical treatment of oncopathology. The role of natural therapeutic factors in sanatorium rehabilitation*”. Myrhorod [in Ukrainian].
15. Poberskaya, V.A. (2008). Osnovnyye aspekty programmy sotsialnoy adaptatsii detey-invalidov s onkologicheskimi zabolevaniyami [Main aspects of the program of social adaptation of disabled children with oncological diseases]. *Vestn. fizioterapii i kurortologii – Bull. Physiother. Balneol.*, 2, 121 [in Russian].
16. Spilberger, Ch.D., Khanin, Yu.L., & Dermanova, I.B. (2002). *Issledovaniya trevozhnosti Diagnostika emotsionalno-moralnogo razvitiya [Research of anxiety. Diagnostics of emotional and moral development]*. Saint-Petersburg: Rech [in Russian].
17. Chernykh, K.A., & Grinyayeva, L.Ya. (2013). Vliyaniye artterapii na uroven trevozhnosti detey s onkologicheskimi zabolevaniyami i ikh roditeley [Influence of art therapy on the level of anxiety in children with cancer and their parents]. *Med. reabilitatsiia, kurortolohiia, fizioterapiia – Med. Rehab. Balneol. Physiother.*, 76(4), 19-21 [in Russian].
18. Shapovalova, H.A., & Babov, K.D. (2018). Psikhologichna korektsiia stanu ditei v periodi remisii onkologichnykh zakhvoriuvan ta yikh materiv yak skladova sanatorno-kurortnoi reabilitatsii [Psychological correction of children in the period of remission of cancer and their mothers as part of sanatorium rehabilitation]. *Aktualni problemy medytsyny transportu – Actual Problems of Transport Medicine*, 1(51), 61-67 [in Ukrainian].
19. Shapovalova, H.A., & Babov, K.D. (2017). Psikhologichna reabilitatsiia ditei v period remisii onkohematologichnykh zakhvoriuvan v umovakh sanatoriiu dlia ditei z batkamy [Psychological rehabilitation of children in remission of oncohematological diseases in a sanatorium for children with parents]. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 29, 112-116.

20. Shapovalova, H.A. (2021). Sanatorno-kurortna reabilitatsiia ditei v stadii remisii onkozakhvoriuvan: obgruntuvannia dyferentsiovanykh proqram z urakhuvanniam suputnoi patolohii [Sanatorium rehabilitation of children in remission of cancer: justification of differentiated programs based on concomitant pathology]. *Doctor's thesis*. Kharkiv: Kharkivska medychna akademiia pisladyplomnoi osvity [in Ukrainian].

21. Venger, O., Zhulkevych, I., & Mysula, Yu. (2021). Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer. *Georgian Medical News*, 315(6), 29-33.

THE RELEVANCE OF SPECIAL PSYCHOLOGICAL CARE FOR FAMILIES THAT CARRY CHILDREN DURING THE PERIOD OF REMISSION OF CANCER DISEASES, AT THE STAGE OF SANATORIAL RESORT REHABILITATION (REVIEW OF LITERATURE AND RESULTS OF OUR OWN RESEARCH)

I. P. Shmakova, H. A. Shapovalova, D. O. Umansky, O. P. Koverha, N. V. Stepanova

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Purpose: to substantiate the need to provide special psychological assistance to families who are raising children in remission of oncological diseases at the stage of sanatorium rehabilitation.

Materials and Methods. Bibliometric, psychological tests, statistical (method of variation statistics for mean values - Student's coefficient, non-parametric Pearson χ^2 test), analytical. In psychological testing, we used the definition of levels of anxiety (Taylor scale), the form and degree of aggression in behavior (Bass-Darki questionnaire), attitude to the child's illness, assessment of parental attitude.

Results. Analysis of the literature data confirmed the relevance of the chosen research goal in the context of the urgent need to provide psychological correction to children after suffering from oncological disease, and their mothers. The research is based on an individual approach to the patient and his family members, aimed at psychological support or correction of negative manifestations, increasing the child's social activity and leveling tension in interpersonal relationships. In this regard, the technique of differential psychological support of sick children was used, taking into account the manifestations of anxiety and types of aggression, which contributes to the improvement of social adaptation, psychoemotional status, and relationships in the team. It was found that psychological assistance to mothers raising children after treatment with oncological disease contributes to a significant decrease in the manifestations of personal and reactive anxiety.

Conclusions. A differentiated approach to psychological support for sick children and psychological assistance to their mothers allows for effective correction of their psychoemotional sphere.

KEY WORDS: **children; families; oncological diseases; sanatorium-resort rehabilitation; psychological assistance.**

Рукопис надійшов до редакції 18.11.2021 р.

Відомості про авторів:

Шмакова Ірина Петрівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри реабілітаційної медицини Одеського національного медичного університету; тел.: +38(050) 390-22-72.

Шаповалова Ганна Анатоліївна – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету; тел.: +38(067) 608-76-06.

Уманський Дмитро Олександрович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри реабілітаційної медицини Одеського національного медичного університету; тел.: +38(068) 302-67-89.

Коверга Олена Петрівна – асистент кафедри реабілітаційної медицини Одеського національного медичного університету; тел.: +38(067) 485-78-38.

Степанова Надія Володимирівна – асистент кафедри реабілітаційної медицини Одеського національного медичного університету; тел.: +38(067) 556-28-46.