

УДК 616-006-053.2-06:616.8]-07-085:615.847.8

Шаповалова Г. А.¹, Бойко А.С.²

¹д-р мед. наук, доцент, Національний університет фізичного виховання і спорту України

²канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент, Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ У ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ЕТАПІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вступ.

Психологічні проблеми родин, які виховують дітей після онкологічних захворювань є актуальними і знаходяться 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.

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 і приймальні відносини з дитиною, опрацьовувати власні проблеми.

Діти з онкологічними захворюваннями повинні знаходитися 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.

Мета.

Обґрунтування психологічної корекції стану дітей у періоді ремісії онкологічних захворювань на етапі реабілітації в умовах санаторію для дітей з батьками.

Матеріали та методи

Загальний комплекс реабілітації для 37 дітей з ОЗ містив: щадний руховий режим, кліматотерапію, дієтичне харчування, лікувальну фізкультуру за методиками у спеціальних медичних групах для дітей із різними соматичними захворюваннями, синглетно-кисневий коктейль, дитячий фіточай (холосас із аскорбіновою кислотою), програми психологічної допомоги хворим дітям і їх батькам.

Додатково до загального комплексу у реабілітаційних комплексах (РК) №№ 1-3 уведено питне вживання мінеральних вод.

Реабілітаційний комплекс № 1 (РК 1) – для 48 дітей із супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи в періоді ремісії онкогематологічних захворювань (30 осіб) та солідних пухлин (18 осіб) додатково призначено мінеральну природну лікувально-столову без специфічних компонентів та властивостей малої мінералізації воду «Вознесенська» – гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридну натрієву (фасовану).

Реабілітаційний комплекс № 2 (РК 2) – для 26 дітей із супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи в періоді ремісії після лікування солідних пухлин додатково призначено мінеральну природну столову воду «Трускавецька Аква-Еко» – гідрокарбонатну кальцієво-магнієву (фасовану).

Реабілітаційний комплекс № 3 (РК 3) – для 74 дітей із супутніми захворюваннями гепатобіліарної системи в періоді ремісії онкогематологічних захворювань (42 особи) та солідних пухлин (32 особи) додатково призначено мінеральну лікувально-столову без специфічних компонентів та властивостей малої мінералізації воду «Аква Лібра» – гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридну натрієву (фасовану).

Психологічне тестування дітей включало графічну методику "Кактус" (М. А. Панфілова) та методику «Рівень тривожності» (Лаврентьєвої, Титаренко. Психологічне тестування матерів проводили за методикою Спілбергера—Ханіна та методикою діагностики ставлення до хвороби дитини (ДСХД)

Для діагностики психологічного стану дітей застосовували наступні психодіагностичні методи: анкета з виявлення тривожності у дітей; запам'ятовування 10 слів; «Коректурна проба» (літерний варіант).

Для психодіагностики батьків використовували коротку шкалу тривоги, депресії і ПТСР (Б. Харт); опитувальник депресивності Бека; шкалу тривожності Гамільтона.

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.

Результати досліджень та їх обговорення.

Результати діагностики дітей до початку реабілітації:

– методика «Рівень тривожності»: 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): 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 реабілітації проведено психологічну діагностику 30 дітей у стані ремісії онкологічних захворювань.

За результатами діагностування агресії за допомогою графічної методики «Кактус» (М. А. Панфілова) можна стверджувати про зниження рівня агресії в дітей після корекційних занять. Також знизилися вияви імпульсивності, невпевненості, потайливості,

тривожності, прагнення домашнього захисту й самотності. Такі вияви, як прагнення до лідерства і оптимізм, по закінченні корекційних занять, почастишали. Деякі характеристики (наприклад, демонстративність, жіночність, екстравертивність, інтравертивність) залишилися незмінними, що може свідчити про стійкість названих характеристик.

Отримані результати уможливають твердження про позитивний вплив корекційних занять на дітей. Вони стали менш агресивними (у 3,6 рази), потайливими (в 1,4 рази), упевненішими (в 1,4 рази) й оптимістичнішими (в 1,5 рази). Зменшилися вияви тривожності (в 1,8 рази) 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 неохильність 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.

Унаслідок діагностування тривожності за допомогою методики «Рівень тривожності» виявили зниження високого рівня тривожності в дітей після корекційних занять.

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

Унаслідок повторного діагностування процесу довільного запам'ятовування за допомогою методики «Запам'ятовування 10 слів» під час завершення СКР отримали такі результати: 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 зменшились 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.

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

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 психологічного стану 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 загрозливі, 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 Спілбергера – Ханіна 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.

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

Діагностика психологічного стану матерів щодо ставлення до хвороби дитини за допомогою методики СДХД свідчить про зменшення частотності цілої низки показників: інтернальність, тривога, нозогнозія, контроль активності, загальна напруженість.

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

Результати повторного діагностування за допомогою шкали (Б. Харта) дозволяють стверджувати, що після проведення занять задовольнили свою потребу в психологічній допомозі 21 (70 %) матір. Для 9 (30 %) матерів виявлено потреба в поглибленні роботи зі психотерапевтом в індивідуальному форматі.

Під час повторного діагностування рівня депресії за допомогою опитувальника депресивності Бека встановлено зниження кількості матерів із помірною вираженістю депресії: під час першого діагностування – 8 (26,7 %), після занять – 5 (16,7 %) матерів. Тобто кількість матерів, у яких після закінчення занять не виявлено депресивні симптоми, становить 25 (83,3 %).

Висновки.

1. Аналіз даних літератури свідчить про надзвичайну актуальність психологічної допомоги онкохворим загалом та дітям зокрема, які перебувають у стані ремісії онкологічних захворювань.

2. Диференційний підхід до психологічної підтримки хворих дітей з урахуванням виявів тривоги та типів агресії сприяє покращанню соціальної адаптації, психоемоційного статусу, взаємовідношень у колективі, соціальної адаптації. Психологічна допомога матерям, що виховують дітей після їхнього лікування ОЗ, сприяє вірогідному зниженню виявів особистісної та реактивної тривожності.

Перспектива подальших досліджень.

Слід визнати необхідними подальші дослідження психокорекції емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, психоедукації та психотерапевтичних втручань щодо дітей у стадії ремісії ОЗ. Це передбачає, зокрема, використання диференційованого підходу до

вибору моделі психологічного супроводу онкохворих дітей. Така індивідуалізація заходів дозволить не тільки орієнтуватися на загальні завдання зниження стресу та емоційних реакцій на хворобу, а й враховувати індивідуальні особливості клінічної картини нозогених реакцій хворої дитини.