

СОДЕРЖАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Доц. О. В. ПИОНТКОВСКАЯ

КПЗ «Областная детская клиническая больница № 1», Харьков

Проведено комплексное исследование в области детской психоонкологии, которое включало изучение психоэмоционального состояния, личностных и поведенческих особенностей онкобольных детей и их родителей, связанных с реагированием на онкологическое заболевание, семейное функционирование. Определены факторы профессионального дистресса медицинских работников и волонтеров. На основе полученных результатов разработана целостная система медико-психологической помощи и проведена оценка ее эффективности.

Ключевые слова: детская онкология, медико-психологическая помощь.

Уровень детской онкологической заболеваемости в Украине составляет 10–11 случаев на 100 тыс. детского населения. На учете в онкологических учреждениях страны находятся около 5500 детей [1].

Постановка диагноза онкологического заболевания у ребенка и его лечение рассматриваются не только в медицинском, но и психологическом и психосоциальном аспектах [2, 3], что обусловлено сложностью и разноплановостью проблем, с которыми сталкиваются пациент и его семья.

Основными принципами психологической помощи в детской психоонкологии являются: последовательность, системность, методичность, комплексность, а также учет возрастных особенностей детей и тесное взаимодействие со значимым окружением ребенка. К такому окружению относятся родители, сибсы (братья и сестры), члены расширенной семьи (дедушки и бабушки), медицинские и социальные работники, волонтеры, психологи, оказывающие помощь в данной сфере.

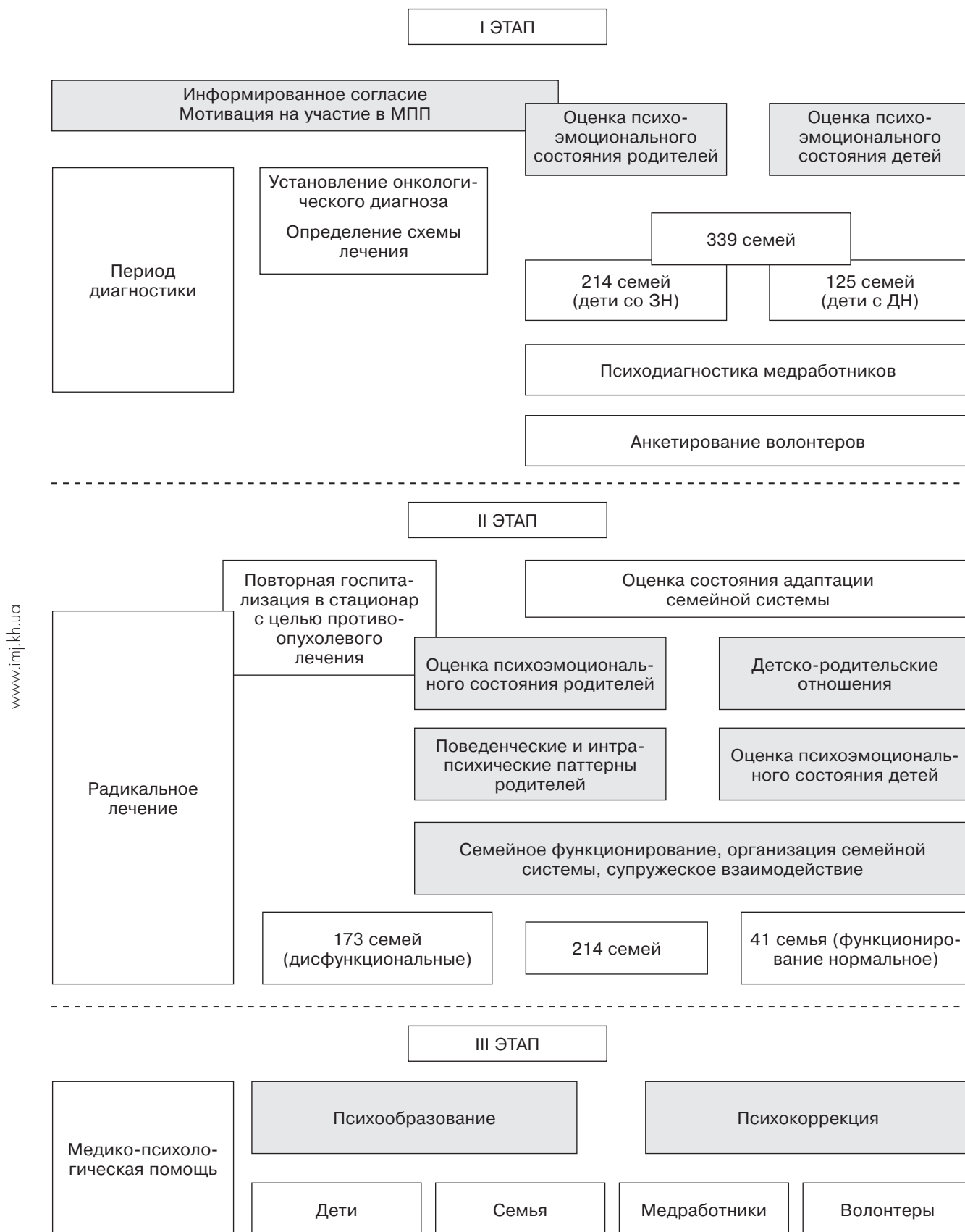
В работе с детьми используется арт-, музыка- и сказкотерапия как доступный, простой и эффективный метод в решении их основных психологических проблем [4, 5]. С родителями проводятся также психообразовательные мероприятия и другие виды психотерапии в зависимости от направления профессиональной подготовки специалиста, оказывающего психологическую или психотерапевтическую помощь. Психообразовательные программы, коммуникативные тренинги, балинтовские группы являются проверенными формами помощи медицинскому персоналу [3]. В зарубежной практике стандартное медицинское лечение дополняется мощным психосоциальным компонентом — включением благотворительных, общественных организаций и представителей волонтерского движения в оказание помощи больным детям и их семьям [3]. В Украине стоит отметить отсутствие четких стандартов и алгоритмов

организации подобной помощи. Широкий спектр психологических проблем в детской психоонкологии и значимость сохранения, поддержания физического и психического здоровья детей и членов их семей, высокого качества жизни и возможности полноценного функционирования обуславливают актуальность разработки программ и стандартов медико-психологической помощи.

Цель исследования — выделение мишеней медико-психологического воздействия для детей с онкологией, членов их семей, всех участников лечебного процесса.

В течение 2011–2013 гг. на базе детского онкологического отделения КПЗ «Областная детская клиническая больница № 1» (Харьков) нами было проведено клинко-психологическое и психодиагностическое обследование детей с диагнозом онкологического заболевания и их родителей. В исследовании участвовали 339 семей с детьми, у которых диагностированы злокачественные и доброкачественные новообразования. Были изучены особенности проявления синдрома выгорания и основные источники профессионального стресса у медицинского персонала (23 врача, 58 медицинских сестер и 34 санитарки), которые работали в сфере детской онкологии. Проведены психологическое интервьюирование и анкетирование 28 добровольцев, занимающихся волонтерской деятельностью в отделениях детской онкологии и онкогематологии. Дизайн исследования, состоящего из трех этапов, представлен на рис. 1.

На I этапе работы при первичной госпитализации (ПГ) ребенка в стационар для противоопухолевого лечения на основе информированного согласия было проведено обследование 339 семей (матерей и отцов). Детям из 214 семей был поставлен диагноз злокачественного (группа 1, ПГ1а — женщины и ПГ1б — мужчины), а из 125 семей — доброкачественного новообразования (группа 2, ПГ2а — женщины и ПГ2б — мужчины).



Дизайн исследования: ЗН — злокачественные новообразования, ДН — доброкачественные новообразования, МПП — медико-психологическая помощь.

Изучались также психологические аспекты работы медицинского персонала и волонтеров.

На II этапе работы обследовано 428 родителей из 214 семей группы 1, дети которых были повторно госпитализированы. Семьи были разделены на подгруппы в зависимости от состояния супружеских взаимоотношений и функциональности семейной системы в ситуации онкозаболевания ребенка (для диагностики супружеской конфликтности и взаимодействия использовалась методика PARI [6]). Основную подгруппу (ОП) составили 173 (80,8%) семьи, в которых отмечалось наличие напряженности в семейных отношениях, семейных конфликтов как связанных с лечением ребенка, так и с эскалацией существующих ранее межличностных и супружеских проблем, что приводило к дистанцированию и снижению внутрисемейного ресурса. В подгруппе сравнения (ПС), в которую входила 41 (19,2%) семья, система характеризовалась сплоченностью, способностью к гибкой адаптации к стрессовой ситуации и ресурсом решать актуальные проблемы, возникающие во время лечения ребенка.

III этап исследования предусматривал реализацию мер медико-психологической помощи, психообразование и психокоррекцию. В информационных мероприятиях приняли участие все опрашиваемые, тогда как на психокоррекцию дали согласие лишь 105 семей из ОП и 32 из ПС. Непосредственно перед выпиской из стационара (при повторных госпитализациях) определена эффективность проведенных медико-психологических мероприятий.

В исследовании использован следующий диагностический инструментарий. Изучение психоэмоционального состояния родителей онкобольного ребенка осуществлялось с помощью методики диагностики самооценки тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина [6] и дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге [6], выраженность психопатологической симптоматики – опросника SCL-90r [7]. Выявление синдромальных и нозологических характеристик проводилось в виде структурированного интервью с использованием диагностических критериев МКБ-10 [8]. Для изучения личностных паттернов были использованы личностный опросник FPI-B [6] и методика диагностики акцентуаций характера Г. Шмишека [6]. С целью оценки поведенческих паттернов в ситуации стресса была использована методика «Способы копинга» в адаптации Т. А. Крюковой [9]. Типы поведения в конфликтных ситуациях устанавливали с помощью теста К. Томаса в адаптации Н. В. Гришиной [6]. Супружеские и детско-родительские отношения оценивались по методике изучения родительских установок PARI (*Parental Attitude Research Instrument*) [6]. Проводилось клинико-психологическое диагностическое интервьюирование.

Психологическая диагностика детей зависела от возраста и включала наблюдение (за поведени-

ем, в том числе игровым), опрос родителей и сбор анамнеза, а также проективные методики (задача «Дерево в непогоду» и «Моя семья», составление рассказа по рисунку) [6].

Уровень эмоционального выгорания у медицинского персонала определяли по методике MBI – *Human Services Survey* [6]. Проведено анкетирование медицинских работников и волонтеров с помощью специально разработанных опросников для выявления основных источников связанного с работой стресса.

На этапе первичной госпитализации у родителей больных детей наблюдались сдвиги в психоэмоциональном состоянии. Родители из групп 1 и 2 переживали интенсивный стресс, который на психоэмоциональном уровне проявлялся психопатологической симптоматикой в виде тревоги и депрессивного состояния. У женщин из группы 1, независимо от того, было ли запланировано больным детям оперативное вмешательство (ОВ) или назначено химиотерапевтическое лечение (ХЛ), высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) выявлен у 26,7±4,4% (ОВ) и 29,7±4,6% (ХЛ) опрошенных, тогда как у мужчин этот показатель составлял 11,6±3,2% и 4,7±2,1% соответственно. Среди матерей из группы 2 высокие уровни ЛТ установлены у 18,9±3,9% обследованных, детям которых предстояло ОВ, и у 26,4±4,4% женщин, дети которых лечились терапевтическими методами. У мужчин из группы 2 зафиксирован высокий уровень ЛТ: у 9,4±2,9% (ОВ) и 8,3±2,8% лиц (ХЛ) соответственно. Таким образом, у мужчин обеих групп показатели ЛТ были ниже, чем у женщин.

Относительно ситуативной тревожности (СТ) были получены следующие результаты. Высокий уровень СТ выявлен в группе 1 у 84,9±3,6% матерей и 34,9±4,8% отцов детей с запланированным ОВ, у 93,8±2,4% матерей и 30,5±4,6% отцов с лечебным планом без операции. В группе 2 высокая СТ была диагностирована соответственно у 79,2±4,1% женщин и 15,1±3,6% мужчин из семей, детям которых назначено ОВ, у 80,6±4,0% матерей и 9,7±3,0% отцов из семей без ОВ. В целом, показатели СТ у женщин и мужчин были выше по сравнению с ЛТ. Среди женщин выявлено больше лиц с высокой СТ по сравнению с мужчинами. Родителей с высокой СТ было больше в группе 1, тогда как среди матерей значимых различий не выявлено.

Истинное депрессивное состояние определялось только у матерей детей из группы 1: 9,3±2,9% женщин, дети которых должны были получить хирургическое лечение, и 12,5±3,3% опрошенных с детьми, лечившимися терапевтическими методами. В группе 1 также было больше женщин с субдепрессивным состоянием: 32,6±4,7% (ОВ) и 36,7±4,8% (ХЛ) по сравнению с матерями группы 2: соответственно 18,9±3,9% и 4,2±2,0% опрошенных. Мужчинам были присущи легкие депрессивные состояния 88,4±3,2% (ОВ) и 87,5±3,3% (ХЛ) опрошенных в группе 1 и состояние без

депрессии в группе 2 у 71,7±4,5% и 90,3±3,0% лиц. Таким образом, у женщин депрессивное состояние было более выражено, чем у мужчин, и у матерей группы 1 выше по интенсивности по сравнению с опрашиваемыми женщинами группы 2.

Результаты исследования психопатологической симптоматики по методике SCL-90г показали значимую разницу в проявлениях симптомов по отдельным шкалам и **общем уровне психопатологических нарушений** среди родителей онкобольных детей из групп 1 и 2, **в том числе между показателями** среди женщин и мужчин. У женщин из подгруппы ПГ1а, т. е. матерей, детям которых был установлен диагноз злокачественного новообразования, по всем шкалам интенсивность психопатологических симптомов была выше по сравнению с обследуемыми женщинами из ПГ2а. У мужчин из подгруппы ПГ1б и ПГ2б **были обнаружены значимые различия** по шкалам соматизации и тревоги ($p < 0,001$); депрессии, фобической тревожности, межличностной чувствительности с **более выраженными** проявлениями у родителей ПГ1б ($p < 0,05$). Отличий у мужчин по шкалам обсессивности — компульсивности, враждебности, паранойяльных тенденций, психотизма, дополнительных жалоб не установлено.

При сравнении выраженности психопатологических симптомов у **женщин и мужчин** обнаружено, что у **родителей из подгруппы ПГ1б** интенсивность проявлений была ниже по сравнению с матерями из подгруппы ПГ1а по всем шкалам ($p < 0,001$), и ПГ2б — по шкалам соматизации, тревоги, фобической тревожности, депрессии, обсессивности — компульсивности, межличностной чувствительности, враждебности и паранойяльных тенденций ($p < 0,001$), дополнительных жалоб ($p < 0,05$), не отмечено различия только в **выраженности признаков психотизма**.

С помощью опросника SCL-90г было проведено изучение изменений психопатологической симптоматики при повторном курсе противоопухолевого лечения в **стационаре и обнаружено, что у опрашиваемых** из группы 1 выявлено возрастание интенсивности психопатологических симптомов при повторной госпитализации ребенка по шкалам депрессии, фобической тревожности, враждебности, паранойяльных тенденций и психотизма ($p < 0,05$); уменьшение по шкалам тревожности и **дополнительных жалоб** ($p < 0,05$); отсутствие существенной разницы для показателей соматизации, обсессивности — компульсивности и **межличностной чувствительности**. В группе 2 наблюдалось повышение показателей по шкалам соматизации, обсессивности — компульсивности, дополнительных жалоб, депрессии, межличностной чувствительности, фобической тревожности, враждебности, паранойяльных тенденций и психотизма ($p < 0,05$); не отмечено изменений по шкале тревожности.

Таким образом, установлено, что ведущими психопатологическими проявлениями у **родителей** детей с онкопатологией на этапах первичной

и повторной госпитализаций были соматизация, тревожность, депрессия, обсессивность — компульсивность и **неспецифические симптомы**, тогда как межличностная чувствительность, фобическая тревожность, враждебность, паранойяльные тенденции и психотизм выражены значительно меньше. У родителей детей со злокачественными новообразованиями уровни психического и **текущего** симптоматического дистресса были выше по сравнению с родителями, у которых дети имели доброкачественные опухоли. Наблюдаются гендерные особенности выраженности психопатологической симптоматики, а именно — у матерей интенсивность психического дистресса выше, чем у **мужчин как в начале лечения, так и в дальнейшем** терапевтическом процессе. Родители детей с онкопатологией переживали психический дистресс, однако его источники были разными и зависели от характера патологического процесса (добро- или злокачественного) и особенностей лечения (ОВ, ХЛ и др.). Уровень дистресса был обусловлен взаимодействием негативного стрессового фактора и индивидуальных свойств личности, о чем свидетельствовало наличие лиц, у которых отмечалось значимое уменьшение всех интегральных показателей GSI, PST, PSDI или их значимое увеличение на момент повторного обращения в стационар по сравнению с ПГ больного ребенка для противоопухолевого лечения.

Была проведена оценка состояния психического здоровья у родителей, дети которых имели злокачественное новообразование и **госпитализировались** повторно. Группа 1 была разделена на подгруппы по состоянию функционирования семейной системы. По результатам исследования родителей онкобольных детей у 100% женщин и 42,2% мужчин ОП и 17,1% женщин и 9,8% мужчин ПС выявлены психические расстройства аффективного или невротического характера. У **37,6±4,8% матерей и 16,8±3,7% отцов ОП** диагностированы расстройства аффективного регистра, а у 57,2±4,9% и 24,3±4,3% — невротического. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте обнаружены у 5,2±2,2% женщин и 1,7±1,3% мужчин ОП. В ПС невротические, связанные со стрессом расстройства установлены у 17,1±3,8% женщин и 9,8±3,0% мужчин.

По нозологической структуре нарушений психической сферы у **опрашиваемых супругов** выявлено следующее. Среди 23,1±4,2% женщин ОП наблюдался депрессивный эпизод легкой степени и у 14,5±5,5% — средней. У 12,1±3,3% мужчин из ОП был диагностирован депрессивный эпизод легкой степени, средней — у 4,6±2,1% обследованных.

В ОП среди расстройств невротического регистра у **женщин доминировали смешанное тревожное** и депрессивное расстройство — у 17,9±3,8%, специфические фобии — у 13,3±3,4% и **расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции** — у 6,4±2,4% и **смешанной тревожной** и депрессивной реакции — у 6,9±2,5%.

У $3,5 \pm 1,8\%$ женщин с ОП обнаружена соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, у $1,2 \pm 1,1\%$ — ипохондрическое расстройство и у $8,1 \pm 2,7\%$ — неврастения. У $11,6 \pm 3,2\%$ мужчин из ОП определено смешанное тревожное и депрессивное расстройство, у $9,1 \pm 2,9\%$ — расстройство адаптации и у $3,5 \pm 1,8\%$ — ипохондрическое расстройство. Было диагностировано расстройство адаптации в виде кратковременной депрессивной реакции у $17,1 \pm 3,8\%$ матерей и $9,8 \pm 3,0\%$ отцов ОП.

Таким образом, результаты изучения особенностей психоэмоциональной сферы родителей, чьи дети болели онкологической патологией, дали основание считать, что наличие и выраженность ее нарушений зависит не столько от самого психотравмирующего факта тяжелого заболевания у ребенка, сколько от успешности семейных отношений и адаптированности семейной системы, которая в данном случае становится либо дополнительным отягчающим или превентивным фактором относительно развития психосоциальной дезадаптации.

Исследование интрапсихических и поведенческих паттернов дало такие результаты. Было установлено, что у родителей ОП регистрировались высокие показатели по шкалам невротичности ($7,54 \pm 0,67$ балла), спонтанной агрессивности ($6,14 \pm 0,70$ балла), депрессивности ($7,26 \pm 0,62$ балла), раздражительности ($7,68 \pm 0,72$ балла), застенчивости ($6,18 \pm 0,84$ балла), эмоциональной лабильности ($8,27 \pm 0,75$ балла), что указывает на наличие у них неустойчивого эмоционального состояния со склонностью к аффективному реагированию, тенденцией к гиперстрессовому ответу на обычные жизненные ситуации. Имели также место трудности в социальных и межличностных контактах, частые колебания настроения и недостаточная саморегуляция. Низкими были показатели по шкале общительности ($4,58 \pm 0,54$ балла), что свидетельствовало о недостаточных проявлениях социальной активности, отсутствии потребности или умения реализовывать потребность в общении с другими людьми. Показатели по базовым шкалам среди мужчин ОП были ниже по сравнению с показателями женщин на $1,5$ – 2 балла. Однако по шкалам реактивной агрессивности ($7,03 \pm 0,70$ балла) и раздражительности ($7,68 \pm 0,77$ балла) у мужчин были высокие оценки.

В целом, у опрашиваемых женщин из ПС средние показатели по шкалам, характеризующим дестабилизирующие паттерны, не достигали высокого уровня выраженности. Такой тенденцией отмечались лишь оценки по шкале эмоциональной лабильности ($5,65 \pm 0,85$ балла), что указывало на психотравмирующее воздействие ситуации и давление на психическую сферу опрашиваемых. Высокими оставались показатели по шкалам общительности ($7,24 \pm 0,82$ балла) и открытости ($6,88 \pm 0,84$ балла). Женщины из ПС проявляли стремление к общению и откровенному взаимодействию с окружающими при высоком

уровне самокритичности и были более социально адаптированными по сравнению с матерями ОП. Мужчины из ПС также демонстрировали более высокую, чем у опрашиваемых отцов из ОП, психическую устойчивость. Тенденция к повышению показателя среди отцов ПС отмечалась только по шкале раздражительности ($6,18 \pm 0,84$ балла). Как и у женщин, были высокими средние показатели по шкалам общительности ($6,78 \pm 0,74$ балла) и открытости ($6,42 \pm 0,80$ балла).

Изучение выраженности акцентуаций характера опрашиваемых родителей из ОП и ПС показало следующее. Среди родителей из ОП в большей степени проявлялись такие черты характера, как возбудимость, застревание, дистимия, демонстративность и тревожность и в меньшей — эмотивность и гипертимия по сравнению с опрашиваемыми из ПС.

По результатам оценки паттернов поведения в ситуации стресса выявлены различия между родителями из ОП и ПС. Среди матерей из ОП ведущей была копинг-стратегия, направленная на эмоциональное отреагирование ($57,1 \pm 5,6$ балла), тогда как для мужчин из данной подгруппы — на решение проблем ($51,7 \pm 5,7$ балла). В ПС для женщин и мужчин доминирующим было стресс-преодолевающее поведение, направленное на решение проблем ($50,9 \pm 7,2$ и $64,2 \pm 5,8$ балла соответственно). Сравнивая выбор средств по преодолению стресса между группами, мы выявили, что у опрошенных из ПС независимо от пола более часто наблюдалось поведение, направленное на решение проблем и социальное отвлечение, и реже — на избегание и эмоциональное реагирование.

В ПС супруги чаще применяли такую стратегию поведения в конфликте, как сотрудничество ($8,4 \pm 1,3$ балла у женщин и $8,9 \pm 1,5$ балла у мужчин), и реже — приспособление (соответственно $4,1 \pm 1,4$ и $4,5 \pm 1,5$ балла). Тогда как в ОП у женщин доминировали приспособление ($6,4 \pm 1,7$ балла) или избегание ($6,5 \pm 1,5$ балла), а у мужчин — приспособление ($6,8 \pm 1,5$ балла), соперничество ($6,2 \pm 1,2$ балла) и сотрудничество ($6,0 \pm 1,5$ балла).

Таким образом, в семьях с нарушением семейных отношений и признаками дисфункционирования среди опрошенных наблюдалась яркая выраженность дестабилизирующих внутриличностных и поведенческих паттернов, которые негативно влияли на психическую адаптацию к онкологической болезни ребенка.

По результатам PARI были выявлены существенные различия в отношении к семейной роли среди опрошенных из ОП и ПС. В ОП по сравнению с ПС родители отличались зависимостью от семьи ($15,4 \pm 0,4$ и $13,2 \pm 0,5$ балла у матерей и отцов из ОП и $13,7 \pm 0,5$ и $10,2 \pm 0,6$ балла — из ПС), чувством самопожертвования ($18,2 \pm 0,3$ и $14,2 \pm 0,5$ балла в ОП и $15,6 \pm 0,5$ и $12,4 \pm 0,6$ балла — в ПС). Среди женщин неудовлетворенность ролью домохозяйки высказали матери из ОП ($17,0 \pm 0,6$ балла) и из ПС ($11,5 \pm 0,7$ балла), несамостоятельность

проявили опрошенные из ОП ($17,4 \pm 0,5$ балла) и из ПС ($10,2 \pm 0,6$ балла), на безучастность супруга жаловались женщины из ОП ($16,3 \pm 7$ балла) и ПС ($9,6 \pm 0,6$ балла). Следует отметить такой показатель, как семейные конфликты, который по своему содержанию отражал общий психологический фон в семье. Так, в ОП по шкале внутрисемейных конфликтов он составил $17,2 \pm 0,4$ и $15,8 \pm 0,5$ балла среди матерей и отцов, в ПС — $11,2 \pm 0,6$ и $10,9 \pm 0,6$ балла соответственно.

Изучение детско-родительских отношений по методике PARI выявило такие различия. Для родителей ОП были характерны нарушения эмоционального контакта с **ребенком, которые выражались в трудностях общения, недостаточном умении доступно объяснять свои переживания в отношении той или иной ситуации и стимулировать активность ребенка, построении отношений с ним с позиций доминирования, а не партнерства и равноправия.** В ОП и матери, и отцы не только нарушали коммуникации с ребенком, но и дистанцировались или избегали контакта с ним, **проявляя высокий уровень раздражительности, связанной с их взаимодействием, излишнюю строгость.** Родители из ОП чересчур опекали ребенка, резко ограничивали любые посторонние влияния на него, активно вмешивались в его внутренний мир, навязывали свои решения, часто не считаясь с его желаниями. **Им были присущи попытки контролировать проявления агрессивности и сексуальности у ребенка.**

У родителей ПС отношения с детьми были более гармоничными, они открыто общались, умели установить с ребенком партнерские отношения, предоставляли ему возможность чувствовать себя на равных, что способствовало оптимальному эмоциональному контакту. Отцы и матери пытались установить близкие и доверительные отношения с **ребенком, были менее раздраженными при взаимодействии с ним, не проявляли чрезмерной строгости и не устанавливали многочисленных ограничений, были чувствительны к потребностям ребенка и его волеизъявлению, их забота не носила навязчивого, доминирующего или контролирующего характера.**

В целом, в семьях с нарушением семейного функционирования наблюдались симптомы, оказывающие отрицательное влияние на адаптацию родителей к **онкологическому заболеванию ребенка, уменьшающие ее семейный ресурс.**

В ходе работы исследовались также особенности психологического состояния онкобольных детей. Установлено, что изменения в их психоэмоциональном состоянии коррелировали со сложностью и **тяжестью диагностических процедур, продолжительностью обследования. На эмоциональном уровне пребывание в стационаре по-разному проявлялось в возрастных группах.**

С помощью интегральной оценки психологического статуса детей на основе беседы с родителями, наблюдении за поведением детей, результатах

психологической диагностики было выявлено, что в каждой возрастной группе существовали свои ведущие психопатогенные факторы и вызванные ими психологические проблемы, которые требовали решения (табл. 1).

В целом, формирование отношения к болезни и соответственно эмоциональная реакция и поведение у детей отличались в зависимости от возраста пациента, что обусловлено особенностями развития эмоциональной, познавательной и волевой сфер. **У детей дошкольного и младшего школьного возраста восприятие болезни основывалось на аффективно-чувственной составляющей, тогда как в подростковом возрасте активно задействовались интеллектуальный и мотивационный компоненты.** Следует отметить связь между психологической реакцией детей и их родителей, что могло как способствовать адаптивному приспособлению к стрессовой ситуации, так и препятствовать ему.

По результатам исследования синдрома выгорания высокий уровень эмоционального истощения был определен у 17,4% врачей, 17,2% медицинских сестер (МС) и 23,5% младших медицинских сестер (ММС). Получены следующие данные деперсонализации: относительно высокий уровень установлен у 8,7% врачей, 6,9 и 8,8% МС и ММС соответственно. **У 34,8% врачей отмечалась высокая удовлетворенность своими достижениями в профессиональной сфере, для МС и ММС данный показатель составил 32,7% и 17,6% специалистов.** Таким образом, каждый 4–5-й медицинский работник, оказывающий помощь детям с онкологической патологией, переживал психологический дистресс, связанный с профессиональной деятельностью, что выражалось сдвигами в психоэмоциональной сфере, изменениями оценочных установок относительно лиц, с которыми он работал, формированием негативного отношения к результатам своей деятельности и собственной компетентности. Различия в уровнях составляющих синдрома выгорания у медицинских работников были детерминированы различными индивидуальными и ситуативными факторами, среди которых особое значение имели особенности и содержание профессиональной деятельности.

Результаты анкетирования по основным источникам стресса для специалистов, работающих в детской онкологии, показали, что наибольшее психоэмоциональное напряжение в порядке уменьшения влияния для медицинского персонала вызывали: смерть пациента; сообщение диагноза и «неблагоприятных новостей»; общение с родителями больного ребенка; общение с больными детьми; ведение медицинской документации; взаимодействие с руководством и коллегами.

Возвращаясь к проблематике волонтерской деятельности, следует отметить, что добровольцы были важным звеном лечебной команды, работа которых ориентирована на медико-социальные и психосоциальные аспекты ситуации. Работа

Основные психопатогенные факторы и психологические проблемы у детей разных возрастных групп, страдающих онкологическим заболеванием

Возрастная группа	Психопатогенный фактор	Проявления психологической дезадаптации	Психологические проблемы
До 1 года	Нестабильность и агрессивность окружающего мира Болезненные и физически неприятные процедуры Негативные последствия лечения (инвалидизация, когнитивная дисфункция)	Нарушение сна Пищевые проблемы Замедление психомоторного развития	Окружающий мир воспринимается как враждебный
Дошкольный и младший школьный возраст	Отрыв от привычного окружения, в том числе друзей Болезненные и физически неприятные процедуры Негативные последствия лечения (инвалидизация, когнитивная дисфункция)	Ситуативная тревожность Болезнь как вина Страх медпроцедур Изменение игрового поведения Непослушание Аффективные и невротические реакции и состояния Замедление психического развития Страх смерти	Нарушение социализации Невротизация Патохарактерологические изменения
Подростковый возраст	Отрыв от референтной группы Будущее поставлено под угрозу Болезненные и физически неприятные процедуры Негативные последствия лечения (инвалидизация, когнитивная дисфункция)	Аффективные и невротические реакции и состояния Протестные реакции Аутоагрессивное поведение Острые конфликты с родителями Специфические страхи Страх смерти	Нарушение социализации Невротизация Патохарактерологические и личностные изменения

волонтеров в онкологии сложна, потому что им приходилось взаимодействовать с **людьми, находящимися в состоянии психологического кризиса**, что накладывало отпечаток на эмоциональное состояние и мировоззрение самого помощника. Среди добровольцев 85,3% отметили, что у них периодически возникали признаки психоэмоционального напряжения, которые проявлялись тревогой, страхом, снижением настроения, реже раздражением. Основными источниками стресса для волонтеров были взаимодействие с онкобольным ребенком и в большей степени — с его семьей.

На основе результатов комплексного исследования были определены мишени медико-психологической помощи в детской онкологии (табл. 2).

Продолжительность пребывания детей с онкологической патологией и ухаживающих за ними родителей в стационаре, интенсивность диагностических и лечебных процедур формировали ограничения во времени и объеме проведения психодиагностики и психологических интервенций, определяли характер организации медико-психологических мероприятий. Для их проведения была организована «Информационная школа

для родителей» в виде периодических плановых занятий по основным вопросам детской онкологии и психоонкологии, подготовлены раздаточные материалы. Психобразование начинали с первой встречи родителей в стационаре и продолжали на каждом из этапов лечебного процесса.

Психокоррекция была регламентирована мишенями медико-психологического воздействия. Для детей использовались проективные и игровые техники, для родителей — методики рациональной, когнитивно-бихевиоральной и гештальт-психотерапии. С медицинским персоналом и волонтерами проводились психообразовательные мероприятия.

С целью оценки эффективности разработанной системы медико-психологической помощи было проведено повторное психодиагностическое обследование опрашиваемых по методике Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, В. Зунге, шкалам PARI. Для скрининга супружеских отношений были использованы шкалы PARI: 7 (семейные конфликты) и 3 (зависимость от семьи), детско-родительских отношений — шкалы 14 (партнерские отношения с ребенком) и 16 (уклонение от контакта).

Мишени медико-психологических интервенций в клинике детской онкологии

Субъекты помощи	Мишени медико-психологической помощи	Психологические интервенции	
Дети с онкологической патологией	Психопатологическая симптоматика	Проективные методики	
	Нарушения поведения, связанные с онкологическим заболеванием		
	Отклонения в психическом развитии на фоне течения онкологической патологии		
	Нарушение взаимодействия с родителями, сибсами, членами расширенной семьи		
	Психосоциальная дезадаптация		
	Дефицит информации		
	Психотравмирующие последствия оперативного вмешательства (дефекты, инвалидизация), принятия образа тела		
	Психопатологические нарушения невротического и аффективного регистра		Психообразование Техники когнитивно-бихевиоральной психотерапии Гештальт-методики
	Неадаптивное поведение во время госпитализации и лечения ребенка		
	Дефицит информации		
Трудности в общении с ребенком на тему болезни			
Симптомы дисфункционирования семьи			
Нарушение супружеского взаимодействия			
Дисгармоничные детско-родительские отношения			
Неадаптивные интрапсихические паттерны			
Не адекватные ситуации стратегии стресспреодолевающего поведения			
Нарушение психосоциальной адаптации			
Медработники, волонтеры	Дефицит информации	Психообразование Коммуникативные тренинги	
	Симптомы эмоционального выгорания		
	Не адекватные ситуации стратегии стресспреодолевающего поведения		
	Низкая коммуникативная компетентность		
	Слабая стрессоустойчивость в условиях рабочего стресса		

У родителей детей с онкологической патологией после проведения мероприятий медико-психологической помощи были выявлены статистически значимые ($p < 0,05$): снижение уровня ситуативной тревожности ($71,5 \pm 4,5\%$ родителей); уменьшение депрессивных проявлений ($65,0 \pm 4,8\%$ родителей, которым оказывалась психологическая помощь); снижение семейной конфликтности ($62,8 \pm 4,8\%$ семей); гармонизация супружеских отношений ($63,5 \pm 4,8\%$ пар); нормализация детско-родительских взаимоотношений, в частности установлением партнерских отношений с ребенком ($67,9 \pm 4,7\%$ семей).

У медицинского персонала и волонтеров было отмечено:

повышение уровня знаний о психологии онкологического ребенка, членов его семьи и психоло-

логии медработника ($68,7 \pm 4,6\%$ медперсонала и $71,4 \pm 4,5\%$ добровольцев);

осознание собственных особенностей реагирования на психотравмирующую информацию и поведение в стрессовой ситуации ($54,8 \pm 5,0\%$ медработников и $53,6 \pm 5,0\%$ волонтеров);

улучшение коммуникативных навыков ($50,4 \pm 5,0\%$ медперсонала и $50,0 \pm 5,0\%$ волонтеров);

улучшение умений поведения в конфликтных ситуациях ($51,3 \pm 5,0\%$ медработников).

Таким образом, разработанная система медико-психологической помощи в области детской онкологии, которая проводилась всем участникам лечебного процесса, дифференцированно в зависимости от этапа противоопухолевой терапии, доказала свою эффективность и может быть внедрена в широкую практику.

Список литературы

1. Рак в Україні, 2010–2011 / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України.— 2012.— № 13.— 118 с.
2. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев.— СПб.: Речь, 2005.— 400 с.
3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford University Press, 2010.— 745 p.
4. *Маркова М. В.* Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 4 (73).— С. 86–91.
5. *Піонтковська О. В.* Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Піонтковська // Арх. психіатрії.— 2012.— Т. 19, № 4 (71).— С. 76–84.
6. Практическая психодиагностика: методики и тесты: учеб. пособ.; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.
7. *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина.— СПб.: Питер, 2001.— С. 146–181.
8. Класифікація психічних і поведінкових розладів: клінічний опис і вказівки по діагностиці.— К.: Сфера, 2005.— С. 149–151.
9. *Фетискин Н. П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов.— М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.— 490 с.

ЗМІСТ І ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КЛІНІЦІ ДИТЯЧОЇ ОНКОЛОГІЇ

О. В. ПІОНТКОВСЬКА

Проведено комплексне дослідження в галузі дитячої онкології, що містило вивчення психо-емоційного стану, особистісних і поведінкових особливостей онкохворих дітей та їхніх батьків, пов'язаних із реагуванням на онкологічне захворювання, сімейне функціонування. Визначено чинники професійного дистресу медичних працівників та волонтерів. На основі отриманих результатів розроблено цілісну систему медико-психологічної допомоги і проведено оцінку її ефективності.

Ключові слова: дитяча онкологія, медико-психологічна допомога.

THE CONTENT AND EFFICACY OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL AID IN PEDIATRIC ONCOLOGY

O. V. PIONTKOVSKAYA

A complex investigation in the area of pediatric psychooncology including investigation of the psychoemotional state, personality and behavior peculiarities of cancer children and their parents, associated with reaction to cancer and family function, was performed. The factors of professional distress of medical staff and volunteers were determined. The obtained findings were used to work out a comprehensive system of medical psychological aid and to assess its efficacy.

Key words: pediatric oncology, medical psychological aid.

Поступила 10.09.2013