

С. І. Коломієць

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

С. И. Коломиец

Организация медико-психологического сопровождения для подростков со сколиозом

S. I. Kolomiets

Organization of medical-psychological support for adolescents with scoliosis

Відомо, що сколіоз є одним із захворювань опорно-рухового апарату, які часто вражають осіб дитячого та підліткового віку. Поряд із труднощами вирішення питань ортопедичного характеру, важливим залишається психосоціальний аспект, зокрема, вивчення особливостей формування внутрішньої картини сколіотичної хвороби у підлітків, її передумов та впливу на процес допомоги пацієнтам зі сколіозом. До дослідження, опис якого наведено у статті, було включено 169 підлітків (юнаків та дівчат) з I—II та III—IV ступенями сколіозу. Наведено програму комплексного медико-соціального супроводу, розробленого для підлітків зі сколіозом та що враховує внутрішню картину хвороби. Апробація заходів медико-психологічного супроводу довела його ефективність ($p \leq 0,05$). Також розроблено та впроваджено заходи універсальної, селективної та індикативної психопрофілактики для превенції сколіозу та інших порушень постави у підліткового контингенту.

Ключові слова: сколіоз, підлітки, внутрішня картина хвороби, медико-психологічний супровід

Известно, что сколиоз является одним из заболеваний опорно-двигательного аппарата, которые часто поражают лиц детского и подросткового возраста. Наряду со сложностью решения вопросов ортопедического характера, важным остается психосоциальный аспект, в частности, изучение особенностей формирования внутренней картины сколиотической болезни у подростков, ее предпосылок и влияния на процесс помощи пациентам со сколиозом. В исследовании, описание которого приведено в статье, были включены 169 подростков (юношей и девушек) с I—II и III—IV степенями сколиоза. Приведена программа комплексного медико-социального сопровождения, разработанного для подростков со сколиозом и учитывающего внутреннюю картину болезни. Апробация мероприятий медико-психологического сопровождения доказала его эффективность ($p \leq 0,05$). Также разработаны и внедрены мероприятия универсальной, селективной и индикативной психопрофилактики для превенции сколиоза и других нарушений осанки у подросткового контингента.

Ключевые слова: сколиоз, подростки, внутренняя картина болезни, медико-психологическое сопровождение

It is known that scoliosis is one of the musculoskeletal system diseases, which often affects children and adolescents. Along with the complexity of solving orthopedic issues, the psychosocial aspect remains important, in particular, the study of the features of the formation of the internal picture of scoliotic disease in adolescents, its prerequisites and the impact on the process of helping patients with scoliosis. The study, described in the article, included 169 adolescents (boys and girls) with I—II and III—IV degree of scoliosis. It is presented the program of complex medical and social support was developed for adolescents with scoliosis and took into account the internal picture of the disease. Approbation of medico-psychological support activities, proved its effectiveness ($p \leq 0.05$). Also, measures of universal, selective and indicative psychoprophylaxis for the prevention of scoliosis and other disorders of posture in the adolescent contingent have been developed and implemented.

Key words: scoliosis, adolescents, internal picture of the disease, medical and psychological support

Будь-яке захворювання тим чи іншим чином змінює життєдіяльність, впливаючи на фізичний та психічний стан людини [1, с. 38; 2, с. 12; 3, с. 15]. Одним з найважливіших факторів, що впливають на психічний розвиток підлітків з соматичними захворюваннями, є внутрішня картина хвороби (ВКХ), яка сприяє соціально-психологічній адаптації або зумовлює дезадаптацію. Серед факторів, що впливають на формування ВКХ та її особливостей, дослідники проблеми виокремлюють: вікові особливості хворих підлітків; вплив батьків та їх ставлення до захворювання дитини; специфіка тілесного досвіду підлітків із захворюванням, проте визначальним фактором є індивідуально-особистісні риси підлітків [4, с. 11—12; 5, с. 368; 6, с. 13—14; 7, с. 88—89; 8, с. 222—223]. Психологічна робота з формування адекватної внутрішньої картини хвороби є необхідним елементом під час психологічної реабілітації підлітків. Сколіоз — це викривлення хребта у фронтальній площині. З прогресуванням деформації у хребті настає скручування хребців навколо вертикальної осі (торсія), що називають сколіотичною хворобою. Сколіоз значно впливає на життя та здоров'я дитини. Окрім прогресуючого негативного впливу на опорно-рухову, серцево-судинну, дихальну та інші системи, хвороба чинить серйозний негативний вплив на психологічний стан дитини. Розвиток помітних змін постави та деформацій кістково-суглобової системи може спричинити появу депресивних ознак, дитина припиняє

спілкуватись з однолітками, замикається у собі [4, с. 12; 5, с. 371]. Сколіоз у значній частині випадків припадає на підлітковий вік. Суттєвою особливістю підліткового віку є його значимість для подальшого формування особистості. У зв'язку з цим будь-який вплив, що припадає на підлітковий вік, може надавати незворотний вплив на все подальше життя людини. Саме це зумовлює необхідність дослідження специфіки особистісних характеристик і особливостей пізнавальних процесів підлітків з патологіями хребта [4, с. 14]. Розуміння механізмів впливу на особистість такого роду патологій може допомогти обмежити їх вплив на подальше життя і розробити заходи психологічної підтримки як істотного елемента системи терапевтичних заходів [4, с. 13; 7, с. 88; 10, с. 72—73].

В межах проведеного дослідження виконано обстеження 169 підлітків віком 14—16 років (85 — дівчат та 84 — юнаки), у яких був діагностований сколіоз різного ступеня. З досліджуваних дівчат мали I ступінь сколіозу 25 осіб; II ступінь — 22 особи; III ступінь — 20 осіб; IV — 18 осіб. Серед досліджуваних юнаків мали I ступінь сколіозу — 26 осіб; II ступінь — 23 особи; III ступінь — 19 осіб; IV — 16 осіб.

Для збереження однорідності груп дослідження, його логіки, спираючись на клінічну симптоматику та сомато-психологічні особливості, уникаючи великої чисельності груп, нами було сформовано дві основних групи за ступенем важкості ортопедичних порушень при сколіозі: до Г1 увійшли 96 осіб з I та II ступенем сколіозу (з них 47 дівчат — Г1(д) та 49 юнаків — Г1(ю)), до Г2 — 73 особи з III та IV ступенем сколіозу, із них 38 дівчат — Г2(д) та 35 юнаків — Г2(ю).

Вивчення соціально-демографічних характеристик проводили за низкою показників: вік, стать, місце навчання, шкільна успішність, рівень достатку в родині, наявність статусу інваліда. Більшість досліджуваних підлітків були учнями загальноосвітніх шкіл (77,51 % з загальної кількості досліджуваних). Більш ніж половина досліджуваних — 53,85 % — мали середній рівень шкільної успішності (7—9 балів). Деяко вищим був рівень шкільної успішності в групах Г1(д) та Г1(ю) порівняно з Г2(д) та Г2(ю). Дослідження виявило гендерну різницю щодо рівня шкільної успішності в групах підлітків: в цілому дівчата, незалежно від ступеня важкості ортопедичної патології, навчалися краще, порівняно з юнаками; при цьому дівчата з Г1(д) мали вищий рівень успішності порівняно з Г2(д). Більшість родин, до яких належали підлітки досліджених груп, мали середній або низький рівень достатку (Г1(д) — 89,36 %, Г1(ю) — 87,76 %, Г2(д) — 89,47 %, Г2(ю) — 88,57 %), лише близько 10 % сімей в кожній з груп оцінювали власний рівень достатку як високий. Статус інваліда із загальної кількості підлітків, що взяли участь у дослідженні, мали 42,01 %, більшість з них належали до осіб з III—IV ступенем сколіозу: 84,51 % (з них дівчат — 51,67 %; юнаків — 48,33 %).

В процесі дослідження використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психологічний метод (спостереження, структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний.

У підлітків зі сколіозом на сенсорному рівні спостерігали важкість та почуття втомленості у м'язах та суглобах, поколювання (87,54 % — Г1/Г2(д/ю)), наявність больових проявів (14,23 % підлітків з Г1(д/ю) та 76,37 % осіб Г2(д/ю)); на емоційному рівні — високий рівень тривожності (82,21 % — Г1/Г2(д/ю)), депресивні тенденції (79,45 % в Г1(д/ю), 91,32 % в Г2(д/ю)), агресивність (35,6 % — Г1/Г2(д/ю)); на особистісному рівні — дезадаптивні особистісні характеристики (100,00 % — Г1/Г2(д/ю)), низький рівень самооцінки (56,37 % в Г1(д/ю), 83,68 % в Г2(д/ю)), дисгармонійні типи ставлення до хвороби (100,00 % — Г1/Г2(д/ю)); на інтелектуальному рівні — брак інформації щодо власного захворювання, прогнозу та шляхів лікування (89,20 % — Г1/Г2(д/ю)); на мотиваційному рівні — мотивація на лікування та поліпшення стану у більшості досліджуваних (83,79 % — Г1/Г2(д/ю)), відсутність здоров'язберігаючої мотивації у 16,21 % — Г1/Г2(д/ю) підлітків; на соціальному рівні — конфліктність в родині (76,52 % в Г1(д/ю), 82,27 % в Г2(д/ю)) та з однолітками (64,89 % в Г1(д/ю), 85,14 % в Г2(д/ю)), порушення відносин з батьком та матір'ю (71,65 % в Г1(д/ю), 80,96 % в Г2(д/ю)), використання дезадаптивних стратегій поведінки в умовах стресу (100,00 % — Г1/Г2(д/ю)), тенденція до зниження рівня соціальної адаптації (63,46 % в Г1(д/ю), 82,23 % в Г2(д/ю)).

Спираючись на сучасні наукові теорії ВКХ, а також зробивши системний аналіз даних власного психодіагностичного дослідження, ми описали структуру ВКХ та розробили модель формування ВКХ у підлітків зі сколіозом. Ми поділили поняття ВКХ на 6 складових: сенсорну, емоційну, особистісну, інтелектуальну, мотиваційну та соціальну. Після цього було розроблено програму комплексного медико-психологічного супроводу, який включав окремі психокорекційні інтервенції, які специфічно впливали на окремі складові ВКХ (рисунок).

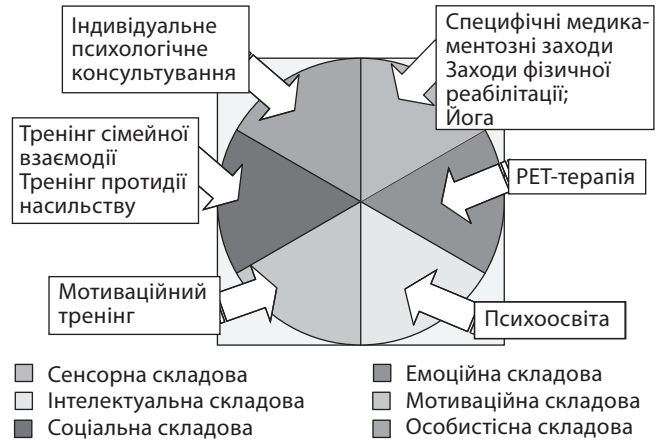


Схема складових ВКХ як мішеней психокорекційного впливу

Виходячи з визначених складових ВКХ, було визначено також чинники, які впливають на її формування, та розподілили їх на групи: фізіологічні, психологічні та соціальні. Їх, свою чергу, поділили на чинники позитивного та негативного полюса (табл. 1).

Таблиця 1. Основні чинники, які впливають на формування ВКХ

Позитивний полюс	Негативний полюс
Фізіологічні	
відсутність больового синдрому	наявність больового синдрому
відсутність моторних обмежень	наявність моторних обмежень
відсутність необхідності вживання ліків	необхідність вживання ліків
відсутність неприємних відчуттів	наявність неприємних відчуттів
Психологічні	
відсутність психоемоційних порушень	психоемоційні порушення: високий рівень тривожності, депресивні та агресивні тенденції
відсутність особистісних порушень	особистісні порушення: особистісні особливості, низький рівень самооцінки, дисгармонійний тип ставлення до хвороби
наявність мотивації до лікування	відсутність мотивації до лікування
Соціальні	
гармонійні відносини у родині	конфліктність у родині
гармонійні відносини з однолітками	порушення відносин з однолітками
гармонійні дитячо-батьківські відносини	порушення дитячо-батьківських відносин
використання адаптивних копінг-стратегій	використання дезадаптивних копінг-стратегій
адаптованість	низький рівень адаптованості
Пов'язані з лікувально-реабілітаційним процесом	
достатня кількість та якість інформації про захворювання, прогноз та лікування	брак інформації про захворювання, прогноз та лікування
комплексний підхід до складання лікувально-реабілітаційного плану	відсутність комплексного підходу до складання лікувально-реабілітаційного плану
міждисциплінарна командна робота спеціалістів у сфері лікування та реабілітації	відсутність міждисциплінарної роботи спеціалістів у сфері лікування та реабілітації

Виходячи з даних, які наведено в таблиці, можна стверджувати, що чинники негативного полюса можуть впливати на ВКХ підлітків зі сколіозом, формуючи її дезадаптивний варіант. Відповідно, дія чинників позитивного полюса дозволяє сформувати адаптивну ВКХ. В розробленій моделі ми також врахували заходи втручання, які можуть застосовуватись на різних етапах формування ВКХ. Зокрема, психопрофілактичні заходи можна використовувати на етапі, який передує етапу остаточного формування ВКХ, та на якому ми вже можемо визначити дію чинників її формування з негативного полюса. На етапі, коли дезадаптивна ВКХ вже є сформованою, доцільним є застосування комплексних заходів психокорекційного втручання, в результаті яких намагаємось виробити адаптивний варіант ВКХ у підлітків зі сколіозом. Надалі на наступному етапі підтримуємо сформовану адаптивну ВКХ в результаті використання абілітаційних технологій у формі міждисциплінарного комплексного супроводу.

Спираючись на розроблену схему ВКХ підлітків зі сколіозом, нами було розроблено комплексну програму психокорекційних втручань, яка враховувала та впливала на всі складові ВКХ: сенсорну, емоційну, особистісну, інтелектуальну, мотиваційну, соціальну (табл. 2).

Таблиця 2. Мішені та інструменти психокорекційного впливу, враховуючи складові ВКХ у підлітків зі сколіозом

Складові ВКХ	Мішені психокорекційного впливу	Інструмент впливу
Сенсорна	почуття важкості у м'язах та суглобах; напруження, спазми; больовий синдром	специфічні медикаментозні заходи; заходи фізичної реабілітації та ЛФК; йога
Емоційна	високий рівень тривожності; депресивні тенденції; агресивність	РЕТ-терапія
Особистісна	дезадаптивні особистісні характеристики; дисгармонійний тип ставлення до хвороби; низька самооцінка	індивідуальне психологічне консультування
Інтелектуальна	недостатність інформації про хворобу, прогноз, шляхи терапії	психоосвіта
Мотиваційна	зниження мотивованості на лікування; емоційне вигорання; зневіреність у ефективності терапії	мотиваційний тренінг
Соціальна	соціально-психологічні дезадаптивні характеристики; порушення взаємовідносин в родині; порушення соціального функціонування в групі однолітків	тренінг сімейної взаємодії; тренінг протидії насильству

На сенсорну складову впливали, використовуючи специфічні медикаментозні заходи, заходи фізичної реабілітації та ЛФК, йогу. Технології РЕТ-терапії за А. Елісом використовували для дії на емоційну складову ВКХ. На особистісну складову чинили вплив за допомогою індивідуального психологічного консультування під-

літків. Використання психоосвітніх заходів допомагало впливати на інтелектуальну складову ВКХ. Для поліпшення мотивації до лікування та оздоровлення використовували мотиваційний тренінг (мотиваційна складова). На соціальну складову ВКХ впливали, використовуючи тренінг сімейної взаємодії та тренінг протидії насильству.

Розроблено та впроваджено заходи універсальної, селективної та індикативної психопрофілактики для превенції сколіозу та інших порушень постави у підліткового контингенту. Проведений авторський комплексний медико-психологічний супровід довів власну ефективність, дозволивши значно знизити дезадаптивні прояви на психоемоційному, особистісному, соціально-психологічному рівнях, а також підвищити якість життя підлітків зі сколіозом.

Для підтримки адаптивної ВКХ в групах підлітків було розроблено програму абілітаційної допомоги для підлітків зі сколіозом, яка мала 5 складових: організацію раціонального режиму дня, медичний супровід, соціалізацію в групі однолітків, професійну орієнтацію, підтримку соціальної заангажованості.

Апробація заходів медико-психологічного супроводу довела його ефективність відносно груп порівняння ($p \leq 0,05$).

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

1. Виходячи з визначених складових ВКХ, було визначено групи позитивних і негативних чинників, які впливають на її формування: фізіологічних, психологічних та соціальних. Чинники негативного полюса можуть впливати на ВКХ підлітків зі сколіозом, формуючи її дезадаптивний варіант, відповідно, дія чинників позитивного полюса дозволяє сформувати адаптивну ВКХ.

2. ВКХ підлітків зі сколіозом є комплексним феноменом, який містить 6 складових: сенсорну, емоційну, особистісну, інтелектуальну, мотиваційну та соціальну. Виявлені порушення в межах визначених складових ВКХ стали мішенями психокорекційного впливу. У підлітків зі сколіозом на сенсорному рівні відзначалися важкість та почуття втомленості у м'язах та суглобах, поколювання (87,54 % — Г1/Г2(д/ю)), наявність больових проявів (14,23 % підлітків з Г1(д/ю) та 76,37 % осіб Г2(д/ю)); на емоційному рівні — високий рівень тривожності (82,21 % — Г1/Г2(д/ю)), депресивні тенденції (79,45 % в Г1(д/ю), 91,32 % в Г2(д/ю)), агресивність (35,6 % — Г1/Г2(д/ю)); на особистісному рівні — дезадаптивні особистісні характеристики (100,00 % — Г1/Г2(д/ю)), низький рівень самооцінки (56,37 % в Г1(д/ю), 83,68 % в Г2(д/ю)), дисгармонійні типи ставлення до хвороби (100,00 % — Г1/Г2(д/ю)); на інтелектуальному рівні — брак інформації щодо власного захворювання, прогнозу та шляхів лікування (89,20 % — Г1/Г2(д/ю)); на мотиваційному рівні — мотивація на лікування та поліпшення стану у більшості досліджуваних (83,79 % — Г1/Г2(д/ю)), відсутність здоров'язберігаючої мотивації у 16,21 % — Г1/Г2(д/ю) підлітків; на соціальному рівні — конфліктність в родині (76,52 % в Г1(д/ю), 82,27 % в Г2(д/ю)) та з однолітками (64,89 % в Г1(д/ю), 85,14 % в Г2(д/ю)), порушення відносин з батьком та матір'ю (71,65 % в Г1(д/ю), 80,96 % в Г2(д/ю)), використання дезадаптивних стратегій поведінки в умовах стресу (100,00 % — Г1/Г2(д/ю)), тенденція до зниження рівня соціальної адаптації (63,46 % в Г1(д/ю), 82,23 % в Г2(д/ю)).

3. Науково обґрунтовано, розроблено та втілено в практику заходи медико-психологічного супроводу підлітків зі сколіозом. Апробація заходів медико-психологічного супроводу довела його ефективність щодо

груп порівняння ($p \leq 0,05$). Розроблено та впроваджено заходи універсальної, селективної та індикативної психо-профілактики для превенції сколіозу та інших порушень постави у підліткового контингенту.

Список літератури

1. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. № 12. С. 38—39.
2. Динаміка психічного здоров'я населення України 2008—2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги / [І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко] // Архів психіатрії. 2013. № 1. С. 11—17.
3. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Моїсеєнко Р. О. Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні // Український медичний часопис. 2015. №12 (105). С. 14—18.
4. Дадаєва О. А., Склярєнко Р. Т., Травникова Н. Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. № 3. С. 10—14.
5. Шевцов А. Г., Бажмін В. Б. Ортопедагогічні засади допрофесійної підготовки підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату в системі навчально-реабілітаційної роботи // Збірник наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: «Соціально-педагогічна». 2013. Вип. 23(3). С. 368—379.

6. Белявский В. С. Физкультура и спорт как необходимые педагогические условия формирования представлений о ценностном отношении к здоровью подрастающего поколения // Вестник Владимирского юридического института. 2014. № 1. С. 13—15.

7. Ісаєва Є. С. Психологічний аналіз чинників формування життєвих перспектив особистості в умовах хвороби. Житомир, 2009. С. 86—94.

8. Крайнюков С. В., Мамайчук І. І. Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. СПб., 2012. С. 222—224.

9. Петренко Д. Є., Доляницький М. М. Дослідження якості життя у хворих на сколіоз у віддаленому післяопераційному періоді // Ортопедія, травматологія і протезування. 2014. № 4. С. 65—69.

10. Дружилов С. А. Оценка эффективности совместной деятельности специалистов: методика построения аддитивного интегрального критерия // Современные наукоемкие технологии. 2011. № 1. С. 71—73.

Надійшла до редакції 23.06.2017 р.

КОЛОМІЄЦЬ Соломія Ігорівна, аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

KOLOMIETS Solomia, Postgraduate Student of the Department of general and medical psychology and pedagogy of the Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine