

О. Е. Духовський

ПСИХООСВІТА В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'Ї ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

alex_duhneiro@me.com

Актуальність. Серед усіх постраждалих від черепно-мозкової травми дітей 27,9% складають діти першого року життя. Тяжка хвороба дитини – це потужна стресова ситуація для всієї родини, що різко змінює сімейне функціонування.

Мета роботи – розробка та апробація психоосвітньої програми у системі медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою.

Матеріали та методи. Проведено комплексне психодіагностичне обстеження 142 родин, в яких діти першого року життя отримали черепно-мозкову травму та перебували на обстеженні та лікуванні у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги імені проф. А. І. Мещанінова. Основну групу склали 97 родин, які взяли участь у програмі медико-психологічного супроводу з використанням психоосвіти, контрольну групу – 45 родин, які не отримували психологічної підтримки.

Результати. Черепно-мозкова травма дитини є психотравмуючою ситуацією для батьків та призводить до розвитку тривожно-депресивних реакцій і станів та напруженості у сімейних стосунках. Проаналізовано та визначено основні копінг-стратегії в обстежених родинах.

На підставі отриманих даних нами розроблена система медико-психологічного супроводу з психоосвітньою програмою для обстеженого контингенту, в основу якої покладено власне «освіту» шляхом формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, формування довіри у діаді лікар – батьки хворої дитини. При проведенні психоосвітньої роботи використовували семінари, проблемно-орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій. В якості додаткових впливів використовували емоційну підтримку, роз'яснення, уточнення, об'єктивізацію, інтерпретацію.

Висновки. Розроблена система медико-психологічного супроводу регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складається із чотирьох послідовних етапів. Застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу з використанням психоосвітньої програми в основній групі сприяло стійкій позитивній динаміці психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів, зниженням сімейної конфліктності, гармонізацією подружніх стосунків.

Ключові слова:

медико-психологічний супровід, психоосвіта, тривожно-депресивні розлади, черепно-мозкова травма, дитина.

Актуальність. Тяжка хвороба дитини – це потужна стресова ситуація для всієї родини, що різко змінює сімейне функціонування. Тяжка хвороба дитини є вкрай несприятливою ситуацією, яка створює передумови для розвитку клінічно значущих розладів адаптації батьків, що негативно впливає як на стан самих батьків, так і на стан дитини, та потребує заходів психотерапевтичної корекції [1–3].

Епідеміологічні дослідження частоти випадків черепно-мозкової травми у дітей проводяться в багатьох країнах і свідчать про загальні тенденції з невеликим

коливанням показників. Встановлено, що серед усіх дітей, постраждалих від черепно-мозкової травми, 27,9% складають діти першого року життя [4–6].

Проблема розладів адаптації у батьків дитини з тяжкою черепно-мозковою травмою має вагомий медико-соціальний значення для України, що зумовлює необхідність її подальшого вивчення та вирішення. Потрібно розробити систему діагностики, корекції та психопрофілактики розладів адаптації у батьків дитини з тяжкою черепно-мозковою травмою з метою покращення умов надання спеціалізованої медичної допомоги.

Мета роботи – розробка та апробація психоосвітньої програми у системі медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети ми провели комплексне психодіагностичне обстеження 142 родин (матері та батька) дітей першого року життя, які отримали черепно-мозкову травму і перебували на обстеженні та лікуванні у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги імені проф. А. І. Мещанінова.

Основну групу склали 97 родин, які взяли участь у програмі медико-психологічного супроводу з використанням психоосвіти, контрольну групу – 45 родин, які не отримували психологічної підтримки.

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, черепно-мозкова травма дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, що було обумовлено не тільки тяжким станом дитини та загрозою для її життя, а й інформаційним дефіцитом щодо впливу травми, оперативного втручання, анестезії на фізичний та психічний розвиток дитини; особливостей терапії та її побічних ефектів, подальшої реабілітації дитини.

Згідно з даними, отриманими у ході роботи, батькам (матері та батькові) були притаманні знижений фон настрою (97,6 % обстежених), пригніченість (66,2 %), почуття суму й туги (73,5 % опитаних), почуття тривоги, постійного внутрішнього напруження з неможливістю розслабитись (67,4 %), стан розгубленості (36,3 %), страху та побоювання, пов'язані із прогнозом щодо стану дитини (87,3 %), відчуття небезпеки та краху (69,8 %). У 53,6 % обстежених виявлено легкий (16,4±1,3 бали), у 32,3 % – помірний (24,6±1,7 бали) депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 55,4 % обстежених батьків виявлено легкий (16,6±1,3 бали), у 40,2 % – помірний (24,9±1,8 бали) тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона.

Проведене психодіагностичне дослідження за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна показало високі рівні ситуативної й особистісної тривожності в обстежених батьків (58,89 та 59,19 бала відповідно) з більш високими показниками серед матерів, а також високий рівень виразності нервово-психічної напруги за шкалою Т. А. Немчина (69,41 бала).

Як показав аналіз застосовуваних копінг-стратегій в аспекті поведінкового способу, що дозволяв впоратися з ситуацією, більшість родин використовували стратегії, спрямовані на емоції (57,1±5,6 балів), уникнення (51,7±5,7 балів), соціальне відволікання та пристосування (50,9±7,2 та 52,6±5,8 балів відповідно, $p < 0,05$).

Базуючись на отриманих даних ми розробили систему медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою, яка була регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складалася із чотирьох послідовних етапів: I – етап формування комплаєнсу, спрямований на встановлення продуктивного контакту між лікарем і батьками дитини першого року життя з тяжкою череп-

но-мозковою травмою; II – етап корекції інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію та зміну тривожної й депресивної установок, формування адекватних уявлень про прогноз післяопераційного періоду, ефективності лікування і впливу на фізичний та психічний розвиток дитини; III – етап корекції емоційної реакції на хворобу дитини, оперативне втручання, необхідність перебування у стаціонарі, спрямований на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію сімейних стосунків; IV – етап закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, фіксації на поліпшеному самопочутті дитини, специфіки реабілітаційних заходів.

Психотерапевтичний комплекс запропонованої системи медико-психологічного супроводу включав використання індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії (Бек А. Т., 2006), сімейної терапії (Ейдміллер Е. Г., 2003), раціональної психотерапії (класичний варіант Дьюба П., 1912).

Смислотворчим елементом розробленої моделі була визначена психоосвіта. Основною метою психоосвіти є надання батькам хворої дитини знань про черепно-мозкову травму та залучення їх до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах.

В основу психоосвітньої стратегії покладено власне «освіту» шляхом формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, забезпечення психосоціальної підтримки, формування довіри у діаді лікар – батьки хворої дитини.

Психоосвітні заняття проводили у відкритих групах з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Кожен цикл складався з 3 занять тривалістю 45 хвилин. Перевищення зазначеного часу виявилось небажаним (у деяких випадках взагалі неможливим) через складнощі, пов'язані з перебуванням матері або батька не поряд з дитиною впродовж тривалого проміжку часу. Менша тривалість занять не дозволяла повноцінно розглянути обговорювані питання. Оптимальна частота проведення занять – 3 рази на тиждень (впродовж усього терміну перебування батьків із дитиною у нейрохірургічному відділенні). В середньому кількість зустрічей становила 10–12.

Як показали результати дослідження, групова робота дає батькам можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, зіставити її з власним досвідом. Суттєве значення має те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, а й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати вирішення проблем. Не менш значущим результатом групової програми є її сприяння створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

При проведенні психоосвітньої роботи ми використовували семінари, проблемно-орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій. В якості додаткових впливів використовували емоційну підтримку, роз'яснення, уточнення, об'єктивацію, інтерпретацію.

Основною метою психоосвіти у випадку роботи із батьками дитини з тяжкою черепно-мозковою травмою є подолання дефіциту специфічних, в тому числі медичних, знань. У процесі психоосвітніх занять важливим було просте та доступне пояснення медичної термінології, яка могла бути потенційно незрозумілою або такою,

що викликає тривогу та страх. Саме тому активне залучення батьків до обговорення отриманої інформації, в тому числі незрозумілої, сприяло профілактиці розвитку ефектів тривоги, фрустрації та страху.

Усі психоосвітні заняття обов'язково починалися із обговорення змін у стані дитини, при бажанні батьки розгорнуто розповідали про події, які були безпосередньо пов'язані із перебуванням у стаціонарі. Якщо під час подібного обговорення виникали питання щодо незрозумілих та нових термінів або труднощів у їх трактуванні – одразу ж проводилося чітке пояснення та роз'яснення.

Невід'ємною складовою психоосвітньої програми була робота із емоційним станом самих батьків, спрямована на зниження емоційного напруження, спровокованого фактом лікування їхньої дитини у нейрохірургічному стаціонарі. Прицільну увагу звертали на емоційне забарвлення та реагування батьків на отриману інформацію, асоціації, що виникають при отриманні нових знань, а також на можливість появи нових страхів і проблем, безпосередньо пов'язаних із новою інформацією.

Під час проведення психоосвітніх тренінгів батьків ознайомлювали з основними питаннями виходжування дитини після оперативного втручання, в тому числі розглядали перспективи реабілітації дитини, можливі ускладнення періоду реабілітації та їх профілактику, правила організації догляду.

Важливим елементом психоосвітньої програми був тренінг подружньої взаємодії, спрямований на оптимізацію міжособистісної взаємодії в сім'ї, зниження напруженості в сімейних стосунках, які пов'язані з лікуванням.

Як показали результати динамічного спостереження, на фоні застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу з використанням психоосвітньої програми в основній групі відзначені стійка позитивна динаміка психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів (73,5 % матерів і 83,6 % батьків), зниження сімейної конфліктності (72,5 % сімей), гармонізація подружніх стосунків (65,2 % сімей).

Серед осіб контрольної групи у 35,4 % матерів і 11,2 % батьків діагностовано посилення психопатологічної симптоматики, у 64,6 % матерів і 88,82 % батьків виявлено стабільну клінічну картину тривожно-депресивних розладів, у 42,3 % родин відмічено погіршення стану сімейної взаємодії.

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу родини дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою з використанням психоосвітньої програми.

Висновки

Черепно-мозкова травма дитини є психотравмуючою ситуацією для батьків та призводить до розвитку у них тривожно-депресивних реакцій і станів та напруженості в сімейних стосунках.

Більшість родин використовують наступні копінг-стратегії – стратегії, спрямовані на емоції, уникнення, соціальне відволікання та пристосування.

Розроблена система медико-психологічного супроводу регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складається із чотирьох послідовних етапів:

I – етап формування комплаєнсу, II – етап корекції інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію та зміну тривожної й депресивної установок, формування адекватних уявлень про прогноз післяопераційного періоду, ефективність лікування і впливу на фізичний та психічний розвиток дитини; III – етап корекції емоційної реакції на хворобу дитини, оперативне втручання, необхідність перебування у стаціонарі, спрямований на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію сімейних стосунків; IV – етап закріплення й підтримки результатів.

Психоосвіта визначена смислотворчим елементом розробленої системи медико-психологічного супроводу та передбачає надання батькам хворої дитини знань про черепно-мозкову травму та залучення їх до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах. В якості додаткових впливів використовували емоційну підтримку, роз'яснення, уточнення, об'єктивізацію, інтерпретацію.

Застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу з використанням психоосвітньої програми в основній групі сприяло стійкій позитивній динаміці психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів, зниженням сімейної конфліктності, гармонізацією подружніх стосунків.

Список використаної літератури

1. Маркова М. В. Функціональність сімейної системи як фактор предикції / превенції розвитку порушень психічного здоров'я у батьків дітей, хворих на онкологічну патологію / М. В. Маркова, О. В. Пionтківська // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 4 (58). – С. 49–53.
2. Пionтківська О. В. Поведінкові патерни подолання стресу у батьків онкохворих дітей / О. В. Пionтківська // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2013. – № 1 (32). – С. 80–83.
3. Пionтківська О. В. Особливості дитячо-батьківських відносин у родині з онкологічно хворою дитиною / О. В. Пionтківська // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 3 (76). – С. 70–73.
4. Шлапак І. П. Епідеміологічне дослідження смертності від ЧМТ в Україні / І. П. Шлапак, В. Г. Бурчинський, М. М. Пилипенко // Український нейрохірургічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 14–16.
5. Correlation between catecholamine levels and outcome in patients with severe head trauma / [Salehpoor F., Bazzazi A. M., Estakhri R. et al.] // Pak. J. Biol. Sci. – 2010. – Vol. 13, issue15. – P. 738–742.
6. Serial Serum Leukocyte Apoptosis Levels as Predictors of Outcome in Acute Traumatic Brain Injury / H. C. Wang, T. M. Yang, Y. J. Lin [et al.] // BioMed Research International. – 2014. – Vol. 2014, Article ID 720870. – 11 p. DOI: 10.1155/2014/720870.

References

1. Markova, M. V., & Piontkovska, O. V. (2013). Funktsionalnist simeinoi systemy yak faktor predykttsii / preventsii rozvytku porushen psykhiichnoho zdorovia u batkiv ditei, khvorykh na onkolohichnu patolohiiu [The functionality of the family system as a predictor / prevention factor of mental health disorders in parents of children with cancer pathology]. *Mizhnarodnyi neurolohichnyi zhurnal – International neurological journal*, no. 4 (58), pp. 49–53. (In Ukrainian).
2. Piontkovska O. V. (2013). Povedinkovi paterny podolannia stresu u batkiv onkohvorykh ditei [Behavioral patterns of coping in parents children with cancer]. *Zhurnal psihiatrii ta medichinskoj psihologii – Journal of psychiatry and medical psychology*, no. 1 (32), pp. 80–83. (In Ukrainian).
3. Piontkovska O. V. (2013). Osoblyvosti dytiacho-batkivskykh vidnosyn u rodyni z onkolohichno khvoroiou dytynoiu [Features of child-parent relationship in the family with a child with cancer]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 21, issue 3 (76), pp. 70–73. (In Ukrainian).
4. Shlapak, I. P., Burchynskyi, V. H., & Pylypenko, M. M. (2005). Epidemiolohichne doslidzhennia smertnosti vid ChMT v Ukraini [Epidemiological studies of mortality from TBI in Ukraine]. *Ukrainskyi neurokhirurhichnyi zhurnal – Ukrainian Neurosurgical Journal*, no. 3, pp. 14–16. (In Ukrainian).
5. Salehpoor, F., Bazzazi, A. M., Estakhri, R., Zaheri, M., & Asghari, B. (2010). Correlation between catecholamine levels and outcome in patients with severe head trauma. *Pak. J. Biol. Sci.*, vol. 13, issue15, pp. 738–742.
6. Wang, H. C., Yang, T. M., Lin, Y. J., Chen, W. F., Ho, J. T., Lin, Y. T., ... Lu, C. H. (2014). *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 720870, 11 p. DOI: 10.1155/2014/720870.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А. Э. Духовский

Актуальность. Среди всех пострадавших от черепно-мозговой травмы детей 27,9 % составляют дети первого года жизни. Тяжелая болезнь ребенка – это мощная стрессовая ситуация для всей семьи, которая резко меняет семейное функционирование.

Цель работы – разработка и апробация психообразовательной программы в системе медико-психологического сопровождения семьи ребенка первого года жизни с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы. Проведено комплексное психодиагностическое обследование 142 семей, в которых дети первого года жизни получили черепно-мозговую травму и находились на обследовании и лечении в детском нейрохирургическом отделении Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи имени проф. А. И. Мещанинова. Основную группу составили 97 семей, принявших участие в программе медико-психологического сопровождения с использованием психообразования, контрольную группу – 45 семей, которые не получали психологической поддержки.

Результаты. Черепно-мозговая травма ребенка является психотравмирующей ситуацией для родителей и приводит к развитию тревожно-депрессивных реакций и состояний и напряженности в семейных отношениях. Проанализированы и определены основные копинг-стратегии в обследованных семьях.

Основываясь на полученных данных, мы разработали для обследуемого контингента систему медико-психологического сопровождения с психообразовательной программой, в основу которой положено собственно «образование» путем формирования у родителей больного ребенка адекватного представления о заболевании и особенностях нейрохирургического вмешательства, формирования доверия в диаде врач – родители больного ребенка. При проведении психообразовательной работы использовали семинары, проблемно-ориентированные дискуссии, тренинги по улучшению семейных коммуникаций. В качестве дополнительных воздействий использовали эмоциональную поддержку, разъяснение, уточнение, объективацию, интерпретацию.

Выводы. Разработанная система медико-психологического сопровождения регламентирована мишенями медико-психологического воздействия и состоит из четырех последовательных этапов. Применение предложенной системы медико-психологического сопровождения с использованием психообразовательной программы в основной группе способствовало устойчивой положительной динамике психологического состояния с статистически значимой ($p < 0,05$) редукцией тревожно-депрессивных расстройств, снижением семейной конфликтности, гармонизацией супружеских отношений.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, психообразование, тревожно-депрессивные расстройства, черепно-мозговая травма, ребенок.

PSYCHOEDUCATION IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE FAMILY OF CHILD OF THE FIRST YEAR OF LIFE WITH HEAVY CRANIOCEREBRAL TRAUMA

O. E. Dukhovskyy

Background. The children of the first year of life account for 27,9% of the children affected by craniocerebral trauma. Severe illness of the child is a powerful stressful situation for the whole family, which drastically changes family functioning.

Objective – to develop and appraise the psychoeducational program in the system of medical and psychological support of the family of the child of the first year of life with severe craniocerebral trauma.

Materials and methods. We conducted a comprehensive psychodiagnostic examination of 142 families in which the children of the first year of life received a craniocerebral trauma and were examined and treated in the children's neurosurgical department of the Prof. Meshchaninov Kharkov City Clinical Emergency Hospital. The main group consisted of 97 families, who took part in the program of medical and psychological support with the use of psychoeducation; a control group – 45 families, who did not receive psychological support.

Results. Craniocerebral trauma of the child is a psychotraumatic situation for parents and leads to the development of anxiety-depressive reactions and to disturbance of family relationships. We analyzed and determined the main coping strategies in the examined families.

Based on the received data, we have developed a system of medical and psychological support for the surveyed contingent with a psycho-educational program, which is based on proper «education» by forming in the parents of a sick child an adequate idea of the disease and about the features of neurosurgical intervention, the formation of confidence in the dyad the physician-the parents of the sick child. When conducting psychoeducational work, we used seminars, problem-oriented discussions, trainings on improving family communications. As additional impacts, we used emotional support, clarification, clarification, objectification, interpretation.

Conclusions. The developed system of medical and psychological support is regulated by targets of medical and psychological influence and consists of four consecutive stages. The application of the proposed system of medical and psychological support with the use of the psycho-educational program in the main group contributed to a stable positive dynamics of the psychological state with a statistically significant ($p < 0.05$) reduction in anxiety-depressive disorders, a decrease in family conflict, harmonization of marital relations.

Keywords: medical and psychological support, psychoeducation, anxiety and depressive disorders, craniocerebral trauma, child.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2016 р.

ДУХОВСЬКИЙ Олександр Ерікович, здобувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, завідувач дитячим нейрохірургічним відділенням Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанинова, Харків, Україна; e-mail: alex_duhneiro@me.com

ДУХОВСКОЙ Александр Эрикович, соискатель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, заведующий детским нейрохирургическим отделением Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова, Харьков, Украина; e-mail: alex_duhneiro@me.com

DUKHOVSKYY Oлександр Erikovich, Competitor of PhD degree of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkov National Medical University, Head of children's neurosurgery department of Prof. Meshchaninov Kharkov City Clinical Emergency Hospital, Kharkov, Ukraine; e-mail: alex_duhneiro@me.com