

СЕКЦІЯ 5. ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.96+615.851]-053.2

**КОМПЛЕКСНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ
В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ**Кабанцева А.В., к. психол. н.,
старший науковий співробітник*ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр
Міністерства охорони здоров'я України»*

У статті порушується актуальна проблема сьогодення, а саме організація комплексної медико-психологічної допомоги дітям, які проживають в умовах соціально-психологічного напруження. Подано матеріали дослідження психоемоційного стану дітей дошкільного віку Сходу України та запропонована технологія надання відповідної допомоги зазначеній категорії осіб за «системним колом». Акцент робиться на взаємодії педагогів, практичних психологів закладів освіти, фахівців установ охорони здоров'я, батьків з метою зміцнення й відновлення психологічного благополуччя, психічного та соматичного здоров'я дітей.

Ключові слова: діти дошкільного віку, психодіагностика, соціально-психологічне напруження, медико-психолого-педагогічна допомога, «системне коло».

В статье поднимается актуальная проблема сегодняшнего дня, а именно организация комплексной медико-психологической помощи детям, проживающим в условиях социально-психологического напряжения. Представлены материалы исследования психоэмоционального состояния детей Востока Украины и предложена технология оказания соответствующей помощи данной категории лиц по «системному кругу». Акцент сделан на взаимодействии педагогов, практических психологов учреждений образования и охраны здоровья, родителей с целью укрепления и восстановления психологического благополучия, психического и соматического здоровья детей.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, психодиагностика, социально-психологическое напряжение, медико-психологическая помощь, «системный круг».

Kabantseva A.V. COMPLEX MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR CHILDREN IN STRAIN SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL CONDITIONS

Actual problem of medico-social assistance for children in strain social and psychological conditions has been considered in the article. Various psychoemotional states of pre-school-age children who live in Eastern Ukraine have been described, new technology of medical assistance for such young patients has been offered according to our unique “systematic circle” approach. The cooperation necessity for teaching employees, education institution workers, practical psychologists, medical specialists and parents to straighten and renew children’s psychological weightiness and their somatic well-being has been emphasized.

Key words: pre-school-age children, psychodiagnostics, strain social and psychological conditions, medical psychological pedagogical assistance, and “systematic circle”.

Постановка проблеми. Під час посилення соціального та психологічного напруження, особливо в періоди локальних воєн і збройних конфліктів, які часто виникають у різних регіонах світу (Афганістан, Беслан, Ізраїль, Іран, Ірак, Сирія, Сомалі, Судан, Україна, Чечня), дітям доводиться зазнавати дуже важких випробувань: чути звуки зброї, бути свідками жертв і людських трагедій, змінювати місце проживання, руйнувати звичний уклад мирного життя. Усе це позначається на їхньому психоемоційному стані, поряд із цим під загрозою знаходиться благополуччя соматичного та психічного здоров'я.

З вищезазначеного випливає, що організація комплексної допомоги дітям, які

проживають в умовах соціально-психологічного напруження, є актуальною проблемою сьогодення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У дослідженнях К.А. Ідрісов зазначає, що вже виросло ціле покоління дітей, які не бачили нормальне, щасливе дитинство. Замість цього, вони ховалися від війни, жили в таборах біженців, стояли в чергах за гуманітарною допомогою [1].

Війна – це травматична епідемія. При цьому йдеться не тільки про тілесні травми, а насамперед про душевні страждання, наслідки яких можуть бути настільки ж руйнівними, як і наслідки ран фізичних. Спектр цих наслідків широкий: від відносно легких порушень адаптації до клінічно вираже-



них посттравматичних стресових розладів і тяжких депресій [2]. Ці зміни можуть перейти у відстрочені наслідки посттравматичних стресових розладів і мати негативний вплив на подальше життя дитини.

Під час Чеченської війни навіть нефахівці помічали, як відрізняються діти, які виїхали з Чечні на самому початку війни, від тих, хто залишав республіку вже в розпалі бойових дій. Перших удалося вберегти від важких психотравматичних ситуацій. Вони зберегли здатність до ігор, до спілкування, до пізнавальної діяльності. А другі – скуті, дратівливі, образливі, агресивні. У них розосереджена увага, ослаблена пам'ять, низька здатність до адаптації, їм важче вчитися, жити, причому не тільки в колективі однолітків, а й удома, в колі близьких [3].

Згідно з офіційною статистикою, кількість дітей і підлітків до 18 років, що проживають у Чечні, становить 291,000 осіб. В Інгушетії цей показник зафіксований на рівні 40,894 осіб, більшість яких біженці. Усім їм довелося пройти через вісім років протистоянь і насильства [3].

У дітей, які пережили війну в Беслані, зазначені скарги на страхи, порушення сну, нічні кошмари. Батьки описували такі вияви, як відмова від їжі, порушення поведінки, боязнь залишатися на самоті, боязнь гучних звуків. Багато дітей скаржилися на те, що їх переслідують картини, які відтворюють окремі пережиті епізоди (флешбек). Деякі батьки відзначали у своїх дітей появу підвищеної агресивності, зокрема у взаєминах братів/сестер. Дані спостережень та експрес-діагностики свідчили про різко підвищений рівень тривоги, уникнення контактів з оточуючими, про наявність у багатьох дітей, які постраждали в результаті терористичного акту, загальмованості (аж до ступору й тотального мутизму), депресивного стану, найбільш вираженого у випадках загибелі кого-небудь із рідних і близьких. У багатьох дітей зазначалося хаотичне, нецілеспрямована поведінка [4].

Жорстокий теракт 1 вересня 2004 року в м. Беслані, в результаті якого захоплено, піддано насильству, стресу, фізичному виснаженню понад 1100 осіб. У цих дітей відзначена висока виразність головних симптомомкомплексів посттравматичного стресового розладу. Частота симптомів гострого стресового розладу така: 90,7% – симптомомкомплекс «Вторгнення», 79,5% – «Уникнення», 77,3% – «Підвищене збудження» [4].

Через збройний конфлікт на Сході України більше ніж два мільйони осіб переміщені всередині країни, а багато сімей утратили свої доходи. За даними Дитячого

фонду ООН (ЮНІСЕФ), ця надзвичайна ситуація – криза, залишила невитравний слід у житті тисячі дітей. Кожна четверта дитина в Донецькій і Луганській областях, тобто більше ніж 200 тисяч дітей, потребує термінової медико-психологічної допомоги [6].

Постановка завдання. Мета статті – оцінити психоемоційний стан дітей Сходу України та запропонувати технологію комплексної медико-психологічної допомоги.

Виклад основного матеріалу дослідження. За період проведення антитерористичної операції на Сході України працівниками державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» (далі – Центр) проведено дослідження психоемоційного стану дітей дошкільного віку за сформованим психодіагностичним комплексом. У дослідженні взяли участь 180 дітей віком 5–7 років.

За результатами дослідження встановлено, що в 98 дітей (54,4%) – висока тривожність, 78 осіб (43,9%) мають потребу в захисті, у 68 дітей (37,8%) відмічається наявність імпульсивності, агресія зафіксована в 58 осіб (32,2%), низький рівень самооцінки діагностовано в 34 дітей (18,9%).

Як відомо, у дітей 5–7 років наявні певні страхи, як-от: медичні, страх тварин, темряви. Під час діагностики фобій (рис. 1) уперше визначено страх війни (48,9%), який не є природним для цієї вікової категорії. Актуальним у дослідженні став той факт, що понад половину респондентів мають полігамність страхів (102 дітей – 56,7%).

Таблиця 1
Страхи дітей Сходу України

Види страхів	Кількість осіб	%
Фізична шкода	124	68,9
Медичні	105	58,3
Соціальні	94	52,2
Страх тварин	92	51,1
Війни	88	48,9
Темряви	88	48,9
Просторові	67	37,2

Під час проведення психодіагностичного дослідження визначено 2 дітей (1,1%), які мали психосоматичні та соматичні вияви. Ці діти отримали комплексну медико-психологічну допомогу за запропонованою технологією, а саме за «системним колом».

Ураховуючи той факт, що більшість часу дитина дошкільного віку проводить у дошкільному закладі та, як показують результати дослідження, емоційні порушення можуть бути різного ступеня важкості й різного роду наслідків, організація допомоги

цим дітям повинна бути єдиною, будуватися спільно різними фахівцями та відбуватися в системі «педагог-психолог-лікар-батьки».

Організація роботи в такій системі дасть можливість впливати й відновлювати соматичний, психічний і поведінковий рівні дитячого організму. Тому першочерговим є визначення медико-психолого-педагогічних підходів, які дали б змогу створити найефективнішу систему надання якісної допомоги дітям дошкільного віку. З огляду на той факт, що іноді наслідки психотравматичної ситуації для дитячого контингенту можуть вимагати довгострокового відновлення, запропоновані й надалі реалізовані заходи медико-психолого-педагогічної допомоги будуть не тільки міждисциплінарними, які враховують індивідуальні характеристики, актуальний стан і поведінку кожної дитини, а й матимуть лонгітюдну дію впливу.

Професійний діалог, співпраця і взаєморозуміння – це та основа інтеграції, на якій має будуватися взаємодія суб'єктів психологічно-педагогічної й медичної діяльності (рис. 1). Без цього неможливо досягти повноцінного успіху в здоровій соціалізації дітей і вирішення наявних проблем.

Інтеграція запропонованої системи об'єднує загальні цілі, організацію комплексної медико-психологічної допомоги так, щоб педагоги, психологи, лікарі та батьки максимально реалізували свій потенціал на загальне благо – зміцнення й відновлення психічного та соматичного здоров'я дітей.

Взаємодія педагогів, практичних психологів, лікарів і батьків зумовлена такими обставинами:

- єдиним об'єктом (суб'єктом – дитиною);

- можливістю всебічного вивчення дитини й координації впливів на її розвиток (на рівнях дошкільного закладу, установи охорони здоров'я);

- необхідністю узгодженості дій спеціалістів, фахівців і батьків;

- можливістю об'єднання зусиль педагогів, практичних психологів, лікарів і сім'ї у вирішенні проблем дитини;

- можливістю взаємного інтелектуального збагачення сімей, педагогічного колективу, кожного учасника взаємодії.

Вищим рівнем інтеграції педагогів, практичних психологів, лікарів і батьків є співпраця, яка характеризується такими показниками:

• взаємопізнання – об'єктивність знання особистісних особливостей дитини, її кращих сторін, інтересів, захоплень, наявних проблем;

• взаєморозуміння – розуміння спільної мети взаємодії, спільність і єдність завдань, що стоять перед педагогами, практичними психологами, лікарями та батьками; розуміння труднощів і мотивів поведінки в різних ситуаціях, адекватність оцінок і самооцінок; збіг установок на спільну діяльність;

• взаємини – вияв такту, уваги до думки і пропозицій одне одного; емоційна готовність до спільної діяльності, задоволеність її результатами; здійснення постійних контактів, активність участі в спільній діяльності; ініціатива в установленні різних контактів, що йде з кожної зі сторін; координація дій на основі взаємного сприяння, узгодженість;

• взаємовплив – здатність доходити згоди щодо суперечних питань; урахування участі один одного під час організації роботи; дієвість обґрунтованих і коректних за формою зауважень.

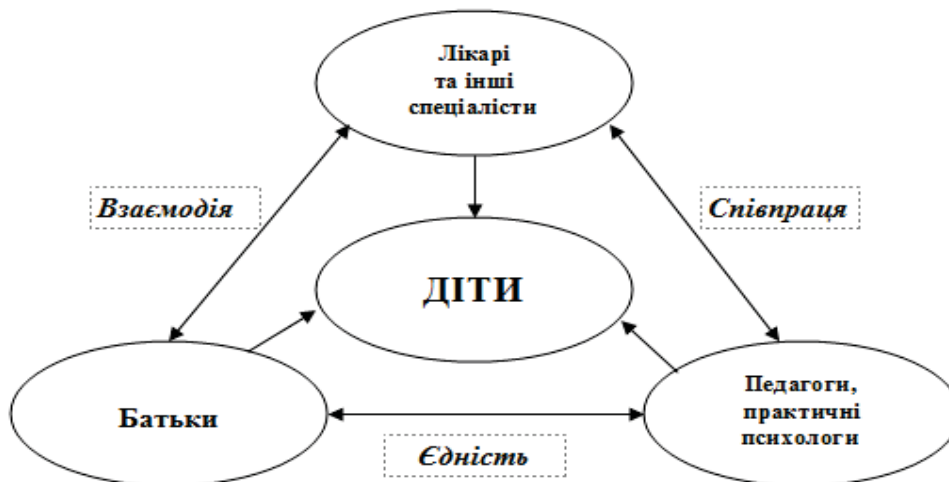


Рис. 1. Схема інтеграції системи «педагог-психолог-лікар-батьки»



Результатом інтеграції стає сумісність усіх суб'єктів один із одним у спілкуванні й діяльності.

Сполучною ланкою між дитиною та батьками є вихователь, який здійснює управління взаємодії. Цей принцип означає:

- вивчення стану, відстеження результатів взаємодії батьків і дітей у сім'ї;
- визначення труднощів, проблем взаємодії в сім'ях і відбір адекватних засобів їх регулювання;
- виявлення, вивчення й узагальнення передового досвіду взаємодії дітей і батьків у сім'ї;
- пропаганда позитивного досвіду взаємодії в сім'ї батьків і дітей;
- створення сприятливої атмосфери, обстановки для встановлення контактів під час організації спільної діяльності;
- надання методичної допомоги батькам у розвитку взаємодії в сім'ї;
- стимулювання взаємодії дорослих і дітей у сім'ї.

Кожен фахівець своєї ланки психолого-медико-педагогічної системи бере на себе організацію конкретної роботи відповідно до своїх можливостей і кваліфікаційних засад.

Спільна діяльність підвищує якість допомоги й інтерес до кожного випадку, розвиває мотивацію та формує сприятливі взаємини між фахівцями.

Реалізація запропонованої комплексної медико-психологічної допомоги (психолого-медико-педагогічна технологія) відповідає певній етапності дій.

1 етап «Діагностичний».

Виконавці: вихователь, практичний психолог освітньої установи, батьки.

Завдання: діагностика й виявлення психоемоційних проблем та індивідуальних особливостей дитини; формулювання психолого-педагогічної проблеми.

Діагностика починається з того часу, як дитина почала відвідувати дитячий садок. Перша кваліфікована особа, яка це виконує, є вихователь, але тільки в ролі спостерігача. За допомогою спостереження та під час звичайного соціального спілкування педагог звертає увагу на поведінку, емоційні реакції, індивідуальні особливості дитини, які можуть призвести до порушення балансу психоемоційного стану дитини. Після цього вихователь інформує практичного психолога освіти, який, у свою чергу, проводить психодіагностику особистості дитини за відповідним психодіагностичним комплексом.

Систематизація і структурованість діагностичного комплексу дає змогу визначити оптимальну кількість методик і показників порушень емоційно-вольової сфери.

Тільки за якісного психодіагностичного обстеження можливо надалі організувати ефективну психокорекційну допомогу.

2-й етап «Оцінно-планувальний».

Виконавці: практичний психолог освітньої установи, практичний психолог медичного закладу, лікарі, батьки.

Завдання: формування висновків і планування подальшої діяльності.

За результатами психологічного тестування формується робочий висновок, на основі якого може бути сплановано *два варіанти* подальшої роботи з дитиною.

Перший варіант передбачає роботу з дитиною, яка має тільки проблеми психологічного характеру й потребує поглибленої психолого-педагогічної роботи. За цього варіанта психолого-педагогічним консилиумом дошкільного закладу розробляється план корекційно-розвивальних заходів і передбачених результатів роботи.

Другий варіант реалізується у випадку психологічних проблем, виявлених у дитини із соматичними та психосоматичними порушеннями. У такому випадку необхідним є поглиблене медико-психологічне обстеження в закладі охорони здоров'я. Завданням дошкільного навчального закладу є організувати пояснювальну роботу з батьками щодо необхідності поглибленого медико-психологічного огляду їхньої дитини. Забезпечення наступності з медичною установою дає можливість якісно обстежити здоров'я дитини (у тому числі соматичне і психосоматичне), а саме: педіатр, практичний психолог, невропатолог, психіатр та інші фахівці. На основі поглибленого медико-психологічного огляду і проведених обстежень групою вказаних фахівців розробляється корекційно-відновлювальний маршрут комплексної роботи з дитиною в медичній установі.

3-й етап «Діяльнісно-комплексний».

Виконавці: практичний психолог освітньої установи, практичний психолог медичного закладу, лікарі, батьки.

Завдання: реалізація плану корекційно-розвивальних заходів (діяльнісний компонент) або корекційно-відновлювального маршруту (комплексний компонент).

Отже, діяльнісно-комплексний етап може відбуватися за двома варіантами – діяльнісним і комплексним.

Діяльнісний компонент здійснюється в умовах ДНЗ та передбачає системний корекційно-розвивальний вплив на дитину та відстежування результатів.

Комплексний компонент передбачає взаємодію дошкільного навчального закладу й установи охорони здоров'я, яка відбувається за «системним колом» (рис. 2).

Безпосередня робота цього етапу передбачає реалізацію корекційно-відновлювального маршруту в умовах ЗОЗ, спрямованого на відновлення фізичного, психічного й соціального здоров'я дитини. Цей маршрут включає медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування; психотерапевтичну, психокорекційну роботу з подальшою реабілітацією. Після завершення корекційно-відновлювального маршруту дитина продовжує реабілітацію в діяльнісному форматі в умовах ДНЗ. У цьому полягає системність взаємодії закладів освіти й охорони здоров'я.

4-й етап «Підсумково-рекомендаційний».

Виконавці: вихователь, практичний психолог дошкільного закладу, лікарі, практичний психолог медичної установи.

Завдання: попередня оцінка дієвості корекційно-розвивальних заходів або корекційно-відновлювального маршруту; аналіз виконаної роботи, формування рекомендацій і подальшого супроводу дитини.

У такому процесі беруть участь вихователь, практичний психолог дошкільного закладу, лікарі, практичний психолог медичної установи щодо обговорення результатів проведеної роботи, формування рекомендацій подальшого ведення дитини, а також ставляться завдання роботи відповідно до функцій суб'єктів системи, координуються зміст, засоби, форми медико-психолого-педагогічної роботи.

5-й етап «Рекреаційно-профілактичний».

Виконавці: працівники санаторно-оздоровчого закладу або дошкільного навчального закладу з функціями оздоровчого.

Завдання: зміцнення ресурсного потенціалу дитини.

На цьому етапі дитина відвідує санаторно-оздоровчий заклад або в межах дошкільного закладу проводиться робота щодо профілактики емоційної дестабілізації, зміцнення адаптаційних ресурсів, зміцнення психічного здоров'я, психологічного благополуччя.

Технологія медико-психолого-педагогічної допомоги дітям, які знаходяться в умовах соціально-психологічного напруження, включає в себе корекційно-розвивальні та корекційно-відновлювальні заходи, які інтегруються в роботу як медичних установ, так і дошкільних навчальних закладів.

Висновки з проведеного дослідження. На основі викладеного вище можемо резюмувати таке:

1. Результати проведеної психодіагностики дітей дошкільного віку показали наявність високої тривожності (54,4%), імпульсивності (37,8%), агресії (32,2%), низької самооцінки (18,9%), потреби в захисті (43,9%). Уперше діагностовано страх війни (48,9%), який не є природним для цієї вікової категорії. Також понад половина респондентів мали полігамність фобій (102 дитини – 56,7%). Представлені дані підкреслюють актуальність організації комплексної медико-психологічної допомоги.



Рис. 2. «Системне коло» комплексної допомоги дитини



2. Організація медико-психологічної допомоги дітям, які проживають в умовах соціально-психологічного напруження, можлива лише за реалізації медико-психолого-педагогічної технології, у якій простежується тісна взаємодія спеціалістів дошкільної освіти й сучасної реабілітаційно-діагностичної медицини.

3. Інтеграційні процеси запропонованої технології продиктовані часом, є перспективними для здійснення якісної допомоги дітям. Вони ґрунтуються на взаємодії фахівців різних галузей і спрямовані на посилення позитивних тенденцій налагодження спільної діяльності педагогів, батьків, лікарів у результативному подоланні наявних проблем дитини.

4. Своєчасна психодіагностика психоемоційного стану дітей дошкільного віку дає змогу визначити наявність проблем психологічного характеру, а також здійснює про-

філактику розвитку психічних і соматичних хвороб.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Идрисов К.А. Психическое здоровье населения чеченской республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико-эпидемиологические и динамические аспекты / К.А. Идрисов [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://elibrary.ru/item.asp?id=21398295>.

2. Лінський І.В. Розлади адаптації серед цивільного населення, що пережило бойові дії, через місяць після їхнього припинення / І.В. Лінський, В.Н. Кузьмінов, Л.Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. – Вип. 3. – С. 5–12.

3. Больные души чеченских детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.watchdog.cz/?show=000000-000002-000001-000110-000045&lang=2>.

4. Венгер А.Л. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии / А.Л. Венгер, Е.И. Морозова. – Владимир : Транзит-ИКС, 2009. – 170 с.