

УДК 616-08-036.838 : 615.83 : 362.11] : 616-003.96-053.2 (571.62-25)

Н.А. Ковалева, В.А. Журавлева, Л.А. Розумейко, Л.П. Ушакова

Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания в больничном учреждении (на примере Детского клинического центра медицинской реабилитации)

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Контактная информация: Л.П. Ушакова, e mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

Целью исследования является выявление психосоциальных факторов риска трудностей психологической адаптации к условиям стационара у детей дошкольного и школьного возраста (в связи с задачами психологического сопровождения). Методом исследования выбран анкетный опрос. В социологическом опросе приняли участие 156 детей в возрасте от 6 до 16 лет, находящихся на реабилитации в нейроортопедическом отделении Детского клинического центра медицинской реабилитации «Амурский» г. Хабаровска

Статистический анализ данных проводили с помощью вычисления относительных величин. Согласно полученным результатам, по окончании реабилитационного лечения в центре у подавляющего большинства пациентов выявлен рост уровня адаптации ($p < 0,01$).

Ключевые слова: адаптация, дети, детский клинический центр медицинской реабилитации

Kovaleva, V.A. Zhuravleva, L.A. Rozumeyko, L.P. Ushakova

Features of adaptation of children of preschool and school age as part of their stay in a hospital (for example, the Children's Clinical Center for Medical Rehabilitation)

Far Eastern state medical University, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

The aim of the study is to identify psychosocial risk factors for difficulties of psychological adaptation to the conditions of the hospital in children of preschool and school age (in connection with the tasks of psychological support). The research method selected questionnaire. The sociological survey involved 156 children aged 6 to 16 years who are undergoing rehabilitation in the neuro-orthopedic department of the Amursky Children's Clinical Center for Medical Rehabilitation in Khabarovsk

Statistical analysis of the data was carried out by calculating the relative values. According to the results obtained, at the end of rehabilitation treatment in the center, an

Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания ...
overwhelming majority of patients showed an increase in the level of adaptation ($p < 0.01$).

Key words: adaptation, children, children's clinical center for medical rehabilitation

Введение

Проблема адаптации детей в медицинских учреждениях является актуальной в современной педиатрии. Поступление ребенка в стационар - это, в первую очередь, отрыв от семьи, от друзей, от привычной для детей обстановки. Следует помнить о том, что в стационар поступает соматически больной ребенок, имеющий меньше резервов для приспособления, чем здоровый. Осложняет поступление в медучреждение и позиция родителей, чьи отрицательные эмоции в связи с болезнью и предшествующим отрывом ребенка от семьи индуцируют его, усиливая его боязливость.

Успешное принятие ребенком роли пациента способствует эффективному лечению. Поэтому психологическое сопровождение стационарного лечения необходимо всем пациентам, особенно детям раннего возраста. Деятельность медицинской сестры в данном аспекте становится основополагающей. Медицинские работники, непосредственно находящиеся среди детей, всегда должны учитывать психологические особенности больных, их переживания, чувства.

Таким образом, проблема госпитализации не сводится лишь к вопросу о временной изоляции ребенка, она включает

также и проблему влияния болезни и лечебных мероприятий на ребенка.

Целью исследования является выявление психосоциальных факторов риска трудностей психологической адаптации к условиям стационара у детей дошкольного и школьного возраста (в связи с задачами психологического сопровождения).

Материалы и методы

В ходе исследования были использованы следующие методы:

1) Наблюдение. Для формализации результатов наблюдения используется карта наблюдения, в которую заносятся результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка в ситуациях психологического обследования, общения с врачом и проведения лечебных процедур, взаимодействия с родителями.

2) Анкета. Анкетирование направлено на изучение динамики эмоционально-поведенческих характеристик ребенка и его отношения к лечению в процессе адаптации к условиям стационара. Предлагаются варианты для ребенка, для родителей и для медицинского персонала. Специально разработанные три варианта анкет включали разное количество вопросов: первая анкета состояла из 16 вопросов, отражающих настроение детей при поступлении, их хобби, ожидаемый результат от

пребывания в санатории, оценку дружелюбия сверстников и условий комфорта пребывания в данном учреждении; вторая анкета (18 вопросов) определяла степень участия в общественных мероприятиях, характер взаимоотношений с медицинским персоналом, положительные и отрицательные стороны нахождения в санатории; 14 вопросов третьей анкеты включали предложения детей, их впечатления от пребывания в санатории «Амурский», желание повторного посещения данного учреждения.

3) Личностный опросник Кеттелла, детский вариант [1]. Тест Кеттелла, детский вариант, адаптирован Э.М. Александровской 12 ФЛЮ – 120 состоит из нескольких факторов, каждый из которых характеризует определенные поведенческие реакции:

Фактор А - высокая оценка характеризует ребенка как эмоционально-теплого, общительного, веселого. Ребенок с низкой оценкой по этому фактору отличается недоверчивостью, чрезмерной обидчивостью, отсутствием интуиции в межличностных отношениях, в его поведении часто наблюдаются негативизм, упрямство, эгоцентризм. Дети с высокими оценками по фактору А лучше приспособлены социально, девочки в среднем имеют более высокие показатели по сравнению с мальчиками.

Фактор С - высокие значения фактора с отражают уверенность в себе и, соответственно, спокойствие, стабильность, лучшую подготовленность к успешному выполнению школьных требований. Низкие значения регистрируются у детей, которые остро реагируют на неудачи, оценивают себя как менее способных по сравнению со сверстниками, обнаруживают неустойчивость настроения, плохо контролируют свои эмоции, испытывают трудности в приспособлении к новым условиям. На отрицательном полюсе группируются дети и с неблагоприятием в учебной деятельности.

Фактор Н - этот фактор у детей отражает особенности взаимоотношений ребенка со взрослыми. Ребенок с высоким значением по фактору Н непринужден и смел в общении, легко вступает в контакт со взрослыми, дети с низким значением фактора проявляют застенчивость и робость.

Фактор I - положительный полюс отражает эмоциональную чувствительность, богатое воображение, эстетические наклонности, «женственную» мягкость и зависимость, отрицательный – реалистический подход в решении ситуации, практицизм, мужественную независимость. Наблюдения показывают, что ребенок с высокой оценкой по этому фактору мягкий, сентиментальный, доверчивый, нуждающийся в поддержке, в большой степени подверженный влияниям внешней среды. У девочек значения достоверно выше, чем у мальчиков.

4) Шкала явной тревожности у детей - CMAS [12]. Данные подсчитываются по контрольной шкале – субшкале «социальной желательности», затем баллы по субшкале тревожности. Первичная оценка переводится в шкальную, в качестве которой используется стандартная десятка (стены). Стены 1-2 – состояние тревожности не свойственно; 3-6 – нормальный уровень тревожности; 7-8 – несколько повышенная тревожность; 9 – явно повышенная тревожность; 10 – очень высокая тревожность. Данные испытуемого сопоставляются с нормативными показателями группы детей соответствующего возраста и пола.

5) Метод цветочных выборов (МЦВ). Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Люшер выбрал восемь строго определенных тонов. Четыре основных цвета (красный, желтый, зеленый и синий) символизируют основные психологические потребности, поэтому в случае нормального протокола теста эти цвета должны находиться в начале ряда либо в пределах первых 5 мест. В том случае, когда они расположены иначе, это указывает на наличие какого-либо физиологического или психологического отклонения, которое тем серьезнее, чем ближе к концу ряда помещен основной цвет. Для большей информативности добавлены четыре дополнительных цвета – серый, коричневый, фиолетовый и чер-

ный. Они символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Значение этих цветов (как и основных) в наибольшей степени определяется их взаимным расположением, распределением по позициям. Психологический или физиологический дефект, вызывающий тревогу, считается относительно слабым, если основной цвет находится на 6-й позиции, и более серьезным, когда такой цвет занимает 8-ю позицию.

В социологическом опросе приняли участие 156 детей в возрасте от 6 до 16 лет, находящихся на реабилитации в нейроортопедическом отделении (НОО) КГБУЗ ДКЦМР «Амурский» г. Хабаровска.

Добровольное информированное согласие законных представителей: 100%; наблюдение. Сбор статистических данных пошел в период с 20.06. по 26.07. 2019 г.

Статистический анализ данных проводили с помощью вычисления относительных величин. Для сбора социологической информации респонденты распределены на три группы: 1) дети с негативной реакцией на госпитализацию, которая выражается возбуждением, плачем, нарушением сна, отказом от игрушек, 2) вялые, заторможенные дети, спокойно реагирующие на поступление, 3) уравновешенные дети, спокойно реагирующие на госпитализацию.

Обсуждение результатов

Чрезвычайно важным психотравмирующим фактором для детей является разлучение с семьей, временная потеря безусловной эмоциональной опоры в лице матери. Длительное пребывание вне семьи может иметь неблагоприятные последствия для психического здоровья ребенка, в некоторых случаях определяя формирование психогенных эмоциональных и поведенческих нарушений [8, 10]. Разлучение с ближайшим социальным окружением выступает в младшем школьном возрасте одним из наиболее значимых факторов расстройств адаптации.

При оценке уровня адаптации ребенка к условиям стационара используются критерии, согласно которым в оптимальном случае эмоциональная стабилизация и освоение ребенком адаптивных форм поведения в клинике происходит не позже, чем через 9-10 дней. Однако согласно данным зарубежных исследований, у 40-50% детей полная адаптация так и не наступает до конца пребывания в стационаре [9].

Бурмистрова Н.И. (1964 г.), в зависимости от реакции на госпитализацию, выделяет три группы пациентов [2]. К 1-й группе отнесены дети с негативной реакцией на госпитализацию, которая выражается возбуждением, плачем, нарушением сна, отказом от игрушек. 2-я груп-

па - вялые, заторможенные дети, спокойно реагирующие на поступление. 3-я группа включает в себя уравновешенных детей, спокойно реагирующих на госпитализацию.

Негативная реакция ребенка на госпитализацию, в отличие от положительной реакции, может стать причиной ухудшения его соматического состояния.

Эти данные были подтверждены и дополнены в более поздних исследованиях.

В исследованиях Лангмейера И., Матейчика З., (1984), Клиорина А. И., Иванова В. А. (1986) были выделены также три группы детей в зависимости от их уровня адаптации [8, 6, 5, 16].

Учеными в ходе наблюдений за маленькими пациентами было установлено, что хорошая адаптация к стационару устанавливается в течение 1-4 дней, у детей с промежуточным типом - в течение 9-10 дней, плохая адаптация не завершается и к моменту выписки.

При изучении адаптации детей к стационару было описано несколько ее этапов:

1-я стадия «протеста», «первичного отчаяния» или выраженной первичной дезадаптации;

2-я стадия - неустойчивой адаптации;

3-я стадия - стабильной адаптации (Лангмейер И., Матейчик З., 1984) [8].

Уровень адаптации в большой степени зависит от личностных особенностей человека. У хорошо адаптирующихся детей при повторной госпитализации приспособление к больничной обстановке протекает быстрее, однако

Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания ... этого не наблюдается у плохо адаптирующихся детей.

Картина и динамика адаптационного процесса в стационаре, безусловно, подвержена влиянию и многих других факторов (длительность госпитализации, отношения с врачом и средним медицинским персоналом, общение с воспитателем, учителем, сложившиеся отношения в группе детей).

Конечно, как хорошо, так и плохо адаптирующиеся дети с нежеланием поступают в стационар. Лишь незначительная часть пациентов старшего возраста (13-15 лет) осознает необходимость госпитализации. Этот факт необходимо учитывать при объяснении больному сути его заболевания и лечения. Было показано, что понимание ребенком болезни развивается в соответствии с его интеллектуальной зрелостью, что необходимо учитывать при объяснении больному сути его заболевания и лечения (Vessey J., 1985) [3].

Хронически больные дети нуждаются в получении психологической помощи не только в медицинском учреждении, но и после выписки из стационара. Иногда из-за выраженной социальной изоляции больного единственным выходом может явиться помещение ребенка в специализированные лагеря санаторного типа (Corboz R. et al., 1980) либо лечебно-реабилитационные центры. Выходом

может быть помещение ребенка в специализированные лагеря санаторного типа либо лечебно-реабилитационные центры [7].

В детский клинический центр медицинской реабилитации «Амурский» г. Хабаровска были госпитализированы дети со следующими патологиями:

детский церебральный паралич и другие двигательные нарушения - $3,2 \pm 0,5$ (5 человек);

- кифосколиотические деформации позвоночника - $17,3 \pm 0,4\%$ (27 человек);

- энцефалопатия, миелодисплазия - $14,1 \pm 0,4\%$ (22 человека);

- травмы периферических нервов и последствия вертебральных травм - $8,3 \pm 0,3\%$ (13 человек);

- последствия травм и заболеваний осевого скелета, костей и суставов $19,9 \pm 4,0\%$ (31 человек);

- резидуальный период черепно-мозговых травм - $1,9 \pm 0,02\%$ (3 человека);

- ортопедическая патология (кровошея, дисплазия тазобедренных суставов, коксартроз, остеохондрозы, плоскостопие) - $35,3 \pm 0,8\%$ (55 человек).

Исходя из предположения о стадийном характере процесса адаптации для оценки динамики эмоционально-поведенческих характеристик, обследование детей проводилось в три этапа.

1 этап: Анкетирование в первые дни поступления в стационар (на 1-2 день).

При поступлении уровень настроения детей был следующим:

Таблица 1. Настроения детей в первые дни поступления в стационар

Настроение	%
Восторженное, активное	17±3,0
Радостное, тёплое	22±3,3
Светлое, приятное	21±3,1
Спокойное, ровное	16±2,9
Грустное, печальное	14±2,7
Тревожное, печальное	10±2,3

Ожидания детей при поступлении в стационар: укрепить своё здоровье - 63%; найти новых друзей - 12%; приобрести новые знания и умения - 5%; лучше узнать и понять самого себя - 10%; по-

пробовать себя в самостоятельной жизни - 3%.
ше узнать и понять самого себя - 10%; просто отдохнуть, весело провести время - 7%; по-

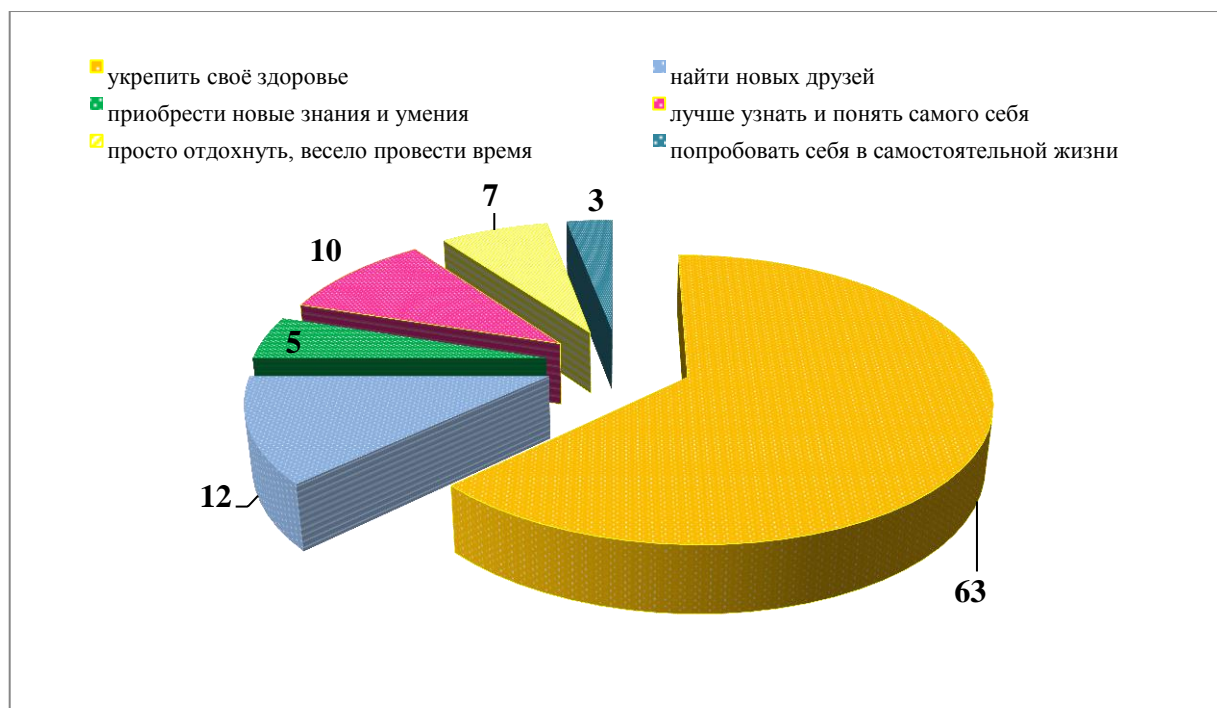


Рис. 1. Субъективное определение ожиданий детей от смены при поступлении в НОО (%).

2 этап: Анкетирование на 6-7 день пребывания в стационаре.

Оценка субъективной оценки отношения к детям персонала отделения показала следующие результаты: отзывчивый и доброжелательный персонал

87±1,9% (136 человек); строгий и вежливый персонал – 13±1,9% (20 чел.);

Субъективное мнение детей о создании атмосферы добра, понимания и взаимопомощи: да, атмосфера создана полностью–

94±1,8% (147 чел.); атмосфера создана

частично – 6±1,8% (9 чел).

Таблица 2. Оценка уровня комфортности пребывания в стационаре на 6-7 сутки

Комфортность	%
Да, комфортно	93±2,0%
Нет, некомфортно	7±2,0%

3 этап: Анкетирование перед выпиской (на 10-12 день).

Мнение детей о желании вновь побывать в детском реабилитационном центре: Да, хотели бы побывать – 80±3,1% (125 чел.)

Нет, не хотели бы побывать – 5±1,7% (8 чел.)

Затрудняюсь ответить 15±2,8% (23 чел.).

Высказывания детей, покидающих центр медицинской реабилитации, после завершения восстановительного лечения.

«Большое спасибо за лечение и организацию досуга!»

«Я обязательно ещё вернусь в «Амурский»!»

«Мне очень жаль расставаться с новыми друзьями...»

«Моё состояние здоровья значительно улучшилось!»

«Я буду рекомендовать этот центр всем моим друзьям!»

Динамика тревоги и эмоционального напряжения детей в процессе адаптации к стационару:

1 – 2-й день (1 этап): тревожность отмечалась у 42 (27%) человек, 6 – 7 день (2 этап) – у 30 (19%) детей, на 10 – 12 день (3 этап) – у 5 (3%) человек. Эмоциональное напряжение в отношении лечения: 1 – 2 день – 35 (22%) человек, 6 – 7 день – 22 (14%) человека, 10 – 12 день – 5 (3%) человек. Эмоциональное напряжение в отношении медперсонала также имело тенденцию к снижению: на 1 этапе эмоциональное напряжение отмечалось у 17 (11%) детей, на 2 этапе – у 5 (3%) человек, на 3 этапе – у 3 (2%) детей. У всех респондентов отмечался нормальный уровень тревожности.

В динамике эмоционально-поведенческих характеристик детей в процессе адаптации к стационару также заметен спад негативных черт: переживание одиночества снизилось с 47 (30%) человек на 1 этапе до 14 (9%) человек на 3-м этапе; отсутствие контакта со сверстниками – с 22 (14%) до 2 (1,3%) человек; сильное желание уехать домой – с 22 (14%) до 2-х человек (1,3%).

Для определения роли характерологических особенностей ребенка в формировании риска нарушения адаптации к условиям стационара был проведен сравнительный анализ выделенных групп по методике Кеттелла.

Таблица 3: Характерологические особенности детей с разным качеством адаптации к стационару

Факторы	Успешно адаптирующиеся дети (человек)	Дети с трудностями адаптации (человек)
А (общительность)	31±3,6%	5±1,6%
С (эмоц. стабильность)	28±3,4%	4,5±1,4%
Н (социальная смелость)	19±3,1%	3±1,1%
І (сенситивность)	4,5±1,6%	4,5±1,4*%

В целом, у успешно адаптирующихся в период госпитализации наблюдается постепенное снижение показателей тревожности, эмоционального напряжения, тогда как у детей с нарушениями адаптации динамики почти не наблюдается, а в некоторых случаях ко второму этапу выраженность нарушений даже усиливается. Дети, благоприятно адаптирующиеся к стационару, отличаются достоверно большей выраженностью таких личностных черт, как общительность, доброжелательность, открытость, уверенность в себе, эмоциональная устойчивость. Они характеризуются как эмоционально теплые и участливые. В стационаре дети этой группы активно устанавливали контакты со сверстниками, непринужденно общались со взрослыми, свободно могли обратиться с просьбой к кому-либо из медицинского персонала. Дети же с трудностями адаптации к условиям стационара отличаются достоверно большей выраженностью черт робости и эмоциональной нестабильности - они застенчи-

вы, пугливы, впечатлительны. Характеризуются недоверчивостью, чрезмерной обидчивостью, отсутствием интуиции в межличностных отношениях.

Число детей, успешно адаптирующихся к условиям стационара, составляет большинство среди респондентов.

Заключение

Госпитализация – психотравмирующее событие для ребенка, вызывающее напряжение механизмов психологической адаптации. На начальном этапе дети испытывают беспокойство, эмоциональное напряжение, тревогу. В процессе адаптации детей к условиям стационара наблюдается постепенное снижение эмоционального напряжения, настроение стабилизируется и ослабевает эмоциональное напряжение в отношении лечения и медицинского персонала. У детей с выраженными чертами инициативности и уверенности динамика эмоционально-поведенческих характеристик отражает постепенную стабилизацию эмоционального состояния, освоение адаптивных форм поведения, установление контактов со

Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания ...

сверстниками. Пол и возраст ребенка не оказывают существенного влияния на качество его психической адаптации к условиям стационара. В процессе адаптации детей к условиям стационара наблюдается постепенное снижение эмоционального напряжения: вегетативная лабильность снижается, начиная с первой недели, настроение стабилизируется преимущественно ко второй неделе, а эмоциональное напряжение в отношении лечения и медицинского персонала ослабевает только к третьей неделе (перед выпиской). В анкетировании приняли участие 156 человек, проходивших реабилитационное лечение в нейроортопедическом отделении КГБУЗ ДКЦМР «Амурский» в период с 20.06 по 26.07.2019 года. Среди возрастных групп большинство ребят являлись детьми среднешкольного звена. Восстановительное лечение проходили в большинстве своем дети, имеющие ортопедические патологии и последствия перенесенных травм периферических нервов. Одна треть детей в КГБУЗ ДКЦМР «Амурский» была впервые, две трети систематически проходит курс медицинской реабилитации в данном медучреждении.

Большинство детей считают, что пребывание в НОО являлось комфортным, т.к. их окружал доброжелательный, компетентный и отзывчивый коллектив отделения. В ходе исследования была

установлена положительная динамика роста уровня адаптации детей в зависимости от адаптационных стадий. В завершение смены до 80% детей хотели бы вновь получить направление и вернуться в ДКЦМР «Амурский».

Разрешение проблемы адаптации совместными усилиями медико-педагогического коллектива КГБУЗ ДКЦМР «Амурский» является залогом эффективного восстановительного лечения юных дальневосточников.

Подавляющее большинство детей было отнесено к группе успешно адаптирующихся детей -129 человек (свыше 83%). К детям с промежуточным типом адаптации относилось 22 человека (14% воспитанников). Долю детей с трудностями адаптации составили 5 человек (3% отдыхающих). В среднем адаптация детей в стационаре в условиях временного коллектива составляла 2-3 дня.

Список литературы

1. Александровская Э.М., Гильяшева И.Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла (методические рекомендации). – Л.: Изд-во ЛНИПНИ, 1985. – 33 с.
2. Бурмистрова Н.Н. Педагогическая работа с больным ребенком. – М., Москва, 1964 г.
3. Vessey J. Детские психологические реакции на госпитализацию // Annu Rev Nurs Res. - 2003 г.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические рас-

- Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания ...*
стройства у детей. – СПб: Речь, 2005. – 400 с.
5. Иванов А.В. Социальная педагогика. – УП, Москва, 2010 г.
6. Клиорин А.И. Деятельность сигнальных систем здорового и больного ребенка. – М., 1967г .
7. R. J. Corboz, Gnosis, P. U.: три дерева; тест в начальной школе. Acta paedopsychiat. 46 (1980)
8. Лангмейер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Авиценум, 1984. – 335 с.
9. Лавин Дж. В., Бернс У.Дж Детская психология Нью-Йорк, 1981
10. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб: Речь, 2003. – 288 с.
11. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб: Речь, 2006. – 342 с.
12. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. – 304 с.
13. Трифонова Е.А., Герасимова Л.А. Клинико-психологический аспект адаптации к условиям стационара у детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (2). – URL: <http://medpsy.ru/climp>.
14. Иллюстрированный альманах, посвященный 85-летию Детского санатория «Амурский».
15. Иллюстрированный альманах, посвященный 90-летию КГБУЗ ДКЦМР «Амурский».
16. R. J. Corboz, Gnosis, P. U.: три дерева; тест в начальной школе. Acta paedopsychiat. 46 (1980)