

УДК 159.922.7:616.33-053.6

**ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ  
ПІДЛІТКІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ  
В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

**Кукуруза Г. В., Кирилова О. О.**

У статті визначено особливості уявлень щодо здоров'я підлітків із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою. Проаналізовано структуру внутрішньої картини здоров'я цих підлітків та визначені гендерні особливості сприйняття власного захворювання. Наведено підходи до організації їх психологічного супроводу. Визначені завдання та напрямки роботи медичного психолога, що містять корекцію внутрішньої картини здоров'я хворих підлітків в умовах стаціонарного лікування. Підкреслюється важливість психоосвітнього компонента, як підґрунтя для подальшого моделювання поведінки хворого підлітка, спрямованої на лікування та підтримку власного здоров'я.

**Ключові слова:** підлітки, внутрішня картина здоров'я, гастроєзофагіальна рефлюксна хвороба, психологічний супровід.

The features of ideas on about health of adolescent with gastroezofagialnoyu reflux disease are presented. The structure of the internal picture of the health of adolescents is analyzed. Gender-specific perception of their own disease are highlighted. The approaches to the organization of their psychological support are described. Selection of the task and directions for the work of clinical psychologist for the correction of the internal picture of the health of adolescents are defined. The importance of psychoeducational component, as the basis for further modeling of patient behavior, directed to the treatment and support of their own health are stressed.

**Key words:** adolescents, internal picture of health, gastroezofagialna reflux disease, psychological support.

В статье определены особенности представлений о здоровье подростков с гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью. Проанализирована структура внутренней картины здоровья этих подростков и выделены гендерные особенности восприятия собственного заболевания. Описаны подходы к организации их психологического сопровождения. Выделены задачи и направления работы медицинского психолога, содержащие коррекцию внутренней картины здоровья больных подростков в условиях стационарного лечения. Подчеркивается важность психообразовательного компонента, как основы для дальнейшего моделирования у больного подростка поведения, направленного на лечение и поддержку собственного здоровья.

**Ключевые слова:** подростки, внутренняя картина здоровья, гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь, психологическое сопровождение.

Збереження здоров'я підростаючого покоління нашої країни – проблема, яка займає центральне місце в дослідженнях фахівців різних галузей вітчизняної науки. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є однією з актуальних медико-соціальних

проблем сучасної гастроентерології, що пов'язано з ростом кількості хворих із цією патологією в усьому світі. Розвиток ГЕРХ у дітей і підлітків не тільки дисбалансиє вегетативну інервацію та призводить до важких ускладнень, але й значно погіршує якість життя хворого [1].

Клінічні прояви ГЕРХ вельми різноманітні та багато чисельні. На їх характер впливають зміни з боку інших органів травної системи, перш за все гастродуоденальна патологія, синдром подразненого кишечника та функціональна диспепсія. До симптомів належать: печія, регургітація, відрижка, дисфагія, одинофагія (біль при проходженні їжі по стравоходу) [2,3]. Наявність цих дискомфортних відчуттів може сприяти викривленню внутрішньої картини здоров'я підлітків.

Тому, одним з вагомих етапів у медико-психологічній підтримці хворих на ГЕРХ, є розробка ефективних психологічних заходів, спрямованих на формування у цих підлітків адекватних та повних уявлень щодо власного здоров'я та діяльності, спрямованої на його збереження та підтримку.

Аналіз існуючої інформації вказує на те, що на сучасному етапі відсутні програми психологічного супроводу, які б базувались на комплексній корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків з ГЕРХ, тому метою даної роботи була розробка підходів до організації психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ, на підставі визначення особливостей уявлень про власне здоров'я.

Було обстежено 41 підліток (з них 22 хлопці та 19 дівчаток) 14-18 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у педіатричному відділенні клініки ДУ «ІОЗДП НАМН». Особливості уявлень про власне здоров'я у підлітків визначалися на підставі інтерв'ювання та методики дослідження внутрішньої картини здоров'я (МД ВКЗ) підлітків [4]. Було проведено аналіз текстів міні-творів «Мое здоров'я».

Проведене інтерв'ю мало напівструктурований характер, містило відкриті запитання, які дозволяли виявити власні уявлення хворого підлітка щодо характеру скарг та больових відчуттів, уявлення про наявне захворювання, визначення мотивації щодо його лікування та обізнаність з питань здорового способу життя

Внутрішню картину здоров'я розкривали структурні та динамічні характеристики. Структурні компоненти ВКЗ відображали змістовність уявлень підлітка щодо власного здоров'я. В змістовній частині ВКЗ були виділені поведінковий, емоційний, потребовий, ціннісний, самооцінковий, тілесний, вольовий, компоненти контролю, віри та сподівань на одужання, середовищний, міжособистісний, сімейно-батьківський, компонент соціальних досягнень та когнітивно-декларативний компоненти.

Динамічні характеристики відображали особистісну специфіку ВКЗ, динаміку її функціонування в індивідуальній свідомості. Функціональні характеристики мали вигляд номінативних шкал і розкривали ступінь привласнення індивідом знань та уявлень про здоров'я, спрямованість щодо прагнення індивіда до здорового способу життя, наявність полюсів «здоров'я-нездоров'я», локус контролю в формуванні власного здоров'я.

Для оцінки достовірності різниці отриманих результатів застосовували  $\phi$  - критерій кутового перетворення Фішера

Аналіз отриманих даних показав, що структурі ВКЗ підлітків із ГЕРХ перші рангові місця за частотою зустрічаємості посідали самооцінковий компонент (70,7 %), який вказує

---

на оцінювання хворим підлітком свого здоров'я, поведінковий (58,5 %), який вказує на конкретні дії та поведінку підлітка щодо власного здоров'я та способу життя, та тілесний компонент (46,3 %), що вказує на концентрацію уваги індивіда на своїх тілесних відчуттях та відчуттях дискомфорту та болі. Звертає на себе увагу те, що поведінковий компонент серед хлопців із ГЕРХ зустрічався на 20,8 % частіше, ніж у дівчат (68,2 % проти 47,4 %), а тілесний компонент достовірно частіше реєструвався навпаки у дівчаток, ніж у хлопців (63,2 % проти 31,8 % ,  $P_f < 0,02$ )

У третини досліджуваних (27,3% хлопців та у 31,4 % дівчат) серед структурно-змістовних компонентів визначалися емоційний компонент (наявність емоційних реакцій щодо здоров'я або хвороби) та когнітивно-декларативний компонент (який вказує на наявність знань та власних уявлень щодо своєї хвороби).

Мотиваційно-потребовий компонент (який вказує на наявність у підлітка розуміння необхідності бути здоровим) у дівчат із ГЕРХ зустрічався в 3,5 разів частіше ніж у хлопців (15,8 % проти 4,5 %)

Компонент віри в одужання зустрічався у 17,1 % хворих підлітків, майже з однаковою частотою за гендерною ознакою. Він включав сподівання підлітка на одужання, зцілення, швидше подолання хвороби. Цей компонент характеризувався наявністю наступних висловів: «Я сподіваюсь, що мене вилікують від моєї хвороби», «Я бажав би швидше одужати», «Я сподіваюсь, що після стаціонару моє здоров'я стане краще».

Аналіз показників динамічних шкал внутрішньої картини здоров'я підлітків із ГЕРХ показав переважання ретрофлексивної позиції (100 %), яка відображає особистісний погляд на власне здоров'я. Це вказує на формування сприйняття цими підлітками поняття здоров'я з позиції особистості.

Під час аналізу показників шкали спрямованості індивіда на здоров'я та здоровий спосіб життя виявилось, що за градацією «Діяльність, спрямована на підтримку здоров'я» відсоток хворих хлопців значно вищий ніж у дівчат (54,5 % та 36,8 %). Але ж дівчата характеризувались більшою наявністю лише прагнення до збереження та підтримки здоров'я, декларуванням здорового способу життя без наявності елементів поведінки щодо збереження здоров'я (57,9 % проти 22,7 % ,  $P_f < 0,01$ ). Це відображалось наявністю в творах дівчат таких висловлювань: «Я хочу позбутися неприємних відчуттів після прийому їжі», «Я прагну поліпшити своє здоров'я», а у хлопців: «Щоб бути здоровим я дотримуюся дієти», «Я веду здоровий спосіб життя». В той же час, у хворих хлопців в 2 рази частіше зустрічалось заперечення наявного захворювання (22,7 % проти 10,5 % у дівчат) Для них були характерні такі висловлювання, як «Я не вважаю себе хворим», «В мене нічого не болить, я здоровий» й таке інше.

Хлопці із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою частіше розкривали внутрішню картину здоров'я, торкаючись порушень здоров'я (40,9 %), тоді як дівчата частіше ВКЗ розкривали через полюс здоров'я (36,8%). Амбівалентну позицію займали майже третина обстежених підлітків.

Слід зауважити, що більшість хворих підлітків 78 % не визначали локус контролю (ЛК) власного здоров'я, а саме, у своїх творах вони не торкалися питання хто несе відповідальність за його збереження. У 7 % творів підлітків був відмічений екстернальний ЛК, та лише у 14 % був у наявності інтернальний ЛК.

Для визначення цілісної картини системи уявлень підлітків із ГЕРХ щодо здоров'я, хвороби та лікування дані, були проаналізовані дані інтерв'ю, які віддзеркалюють усвідомлюване ставлення до заданих феноменів.

При аналізі інтерв'ю, для проведення статистичного аналізу були обрані наступні питання:

- Які в тебе скарги, як ти себе почуваєш?
- Як ти сприймаєш своє захворювання, що це для тебе?
- Що ти робиш з того, що рекомендував тобі твій лікар?
- Що впливає на твоє здоров'я?
- Хто несе відповідальність за твоє здоров'я?

На питання, що відображають сприйняття хвороби та власні тілесні відчуття, наявність больового дискомфорту відмітили 50 % хворих підлітків, 33,3 % називали свою хворобу («В мене гастрит», або «Я хворію на гастроуденіт») інші обмежувалися висловлюваннями типу «В мене щось із шлунком».

При опитуванні всі 100 % підлітків відмітили виконання лікарських призначень («Дотримуюся дієти», «Приймаю таблетки», «Ходжу на процедури»). 83,3 % підлітків налаштовані далі, після виписки із стаціонару, дотримуватися дієти.

Незалежно від статі половина хворих підлітків бере тільки на себе відповідальність за стан власного здоров'я, майже третина (33,3 %) покладають відповідальність на лікарів, а 16,7 % вважають, що за стан їх здоров'я несуть відповідальність батьки.

Значно більша кількість підлітків, що беруть на себе відповідальність за своє здоров'я при прямому опитуванні на відміну від проєктивного тестування (50 % проти 14 %,  $R_f < 0,01$ ), може свідчити про бажання підлітків демонструвати посідання відповідальної позиції, що є показником дорослішання та бажанням отримати соціально-схвальну характеристику від дорослого.

Відносно впливу на здоров'я як фактори 50 % хворих підлітків відмітили лікування, 50 % - харчування та дієту, 33,3 % - здоровий спосіб життя, заняття спортом.

Таким чином, при аналізі ставлення підлітків із ГЕРХ до власного здоров'я встановлена наявність низької інформованості підлітків щодо власного захворювання. Лише половина підлітків відмічають наявність дискомфорту та неприємних відчуттів після прийому їжі, достовірно частіше це дівчата, ніж хлопці. У хворих хлопців в 2 рази частіше зустрічалося заперечення наявного захворювання. У дівчат розуміння необхідності бути здоровим зустрічалося в 3,5 рази частіше ніж у хлопців, але поведінковий компонент та діяльність спрямована на підтримку власного здоров'я притаманна частіше хлопцям. Дівчата характеризувались більшою наявністю лише прагнення до збереження та підтримки власного здоров'я, декларуванням здорового способу життя без поведінки, спрямованої на збереження здоров'я.

Хлопці із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою частіше розкривали внутрішню картину здоров'я, торкаючись хвороби, тоді як дівчата частіше ВКЗ розкривали через полюс здоров'я.

Слід зауважити, що половина хворих підлітків із ГЕРХ відмітили лікування та правильне харчування, як головні фактори, що впливають на їх здоров'я, третина підлітків звернуло увагу на здоровий спосіб життя та спорт. Незалежно від статі половина хворих

---

підлітків бере тільки на себе відповідальність за стан власного здоров'я, третина покладають відповідальність на лікарів. Переважна більшість підлітків налаштована далі, після виписки із стаціонару, дотримуватися дієти та рекомендацій лікарів.

Отримана інформація дала підстави для розробки комплексної системи медико-психологічного супроводу підлітків з даною патологією.

Метою психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ в умовах стаціонару було визначено оптимізацію ставлення до свого здоров'я шляхом корекції ВКЗ.

Організація психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ в умовах стаціонару повинна складатися з чотирьох етапів: підготовчого, діагностичного, етапу формування та реалізації програм психологічного супроводу та етапу оцінки ефективності проведеної роботи (табл.1).

Таблиця 1

Етапи психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ в умовах стаціонару

	<b>Мета</b>	<b>Методи</b>	<b>Форма роботи</b>
I етап	збирання психологічного анамнезу, встановлення контакту та формування мотивації на спільну роботу.	аналіз медичної документації, інформування, мотивування.	індивідуальні зустрічі.
II етап	визначення інформованості підлітка щодо хвороби, визначення особливостей ВКЗ підлітка та особливостей ставлення до його здоров'я.	психодіагностичний.	індивідуальні зустрічі.
III етап	створення та реалізація програм психологічного супроводу	психоосвітній, що містить сфокусовані бесіди та дискусії; консультування, прийоми арт-терапії, когнітивно-поведінкової та позитивної психотерапії.	індивідуальна психокорекція, групові заняття.
IV етап	оцінка ефективності проведеної роботи .	психодіагностичний.	індивідуальні зустрічі.

Враховуючи низьку інформованість щодо власної хвороби та її наслідків, особливого значення в системі психологічного супроводу набуває психоосвітній компонент, який створює підґрунтя для подальшого моделювання потрібної поведінки, спрямованої на лікування та підтримку власного здоров'я. Основними завданнями психоосвітньої роботи є: «освіта» шляхом доступного для підлітка та його батьків викладення інформації щодо захворювання (гастроезофагіальної рефлюксної хвороби) та його наслідків; донесення



важливості медикаментозного лікування та виконання призначень лікаря щодо організації прийому їжі; формування у пацієнтів адекватного ставлення до захворювання; формування у хворого підлітка інтернального локусу контролю власного здоров'я, а також усвідомлюваної поведінки щодо виконання та дотримання режиму лікування.

Таким чином, отримані результати свідчать про необхідність розробки програм психологічного супроводу підлітків із зазначеною патологією з урахуванням індивідуальних особливостей їх уявлень про власне здоров'я. Наступним етапом дослідження передбачається апробація програм супроводу та оцінка ефективності запропонованої системи.

### **Література**

1. Боярська Л.М. Прогностичні фактори ризику розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і підлітків із хронічною гастродуоденальною патологією [Текст] / Л.М. Боярська, К.О.Іванова // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 6(81). – С. 13-17.
2. Боярська Л.М. До питання про частоту та особливості проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби [Текст] / Л.М. Боярська, К.О. Іванова // Современная педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 162-163.
3. Зубаренко О.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: сучасний погляд на патогенез і клініку [Текст] / О.В. Зубаренко, Т.Ю. Кравченко, К.О. Лосєва // Здоровье ребенка. – 2012. – № 1(36). – С. 15-18.
4. Кукуруза Г.В. Комплексна оцінка внутрішніх уявлень про здоров'я підлітків із затримкою статевого розвитку [Текст] : метод. рек. / ДУ «ІОЗДП АМНУ»; уклад. : Г.В. Кукуруза [та ін.]. – К., 2011. – 27 с.

### **References**

1. Bojars'ka L.M. Prognostichni faktori riziku rozvitku gastroezofageal'noï refljuksnoï hvorobi u ditej i pidlitkiv iz hronichnoju gastroduodenal'noju patologijeju [Tekst] / L.M. Bojars'ka, K.O.Ivanova // Zaporozhskij medicinskij zhurnal. – 2013. – № 6(81). – S. 13-17.
2. Bojars'ka L.M. Do pitannja pro chastotu ta osoblivosti projaviv gastroezofageal'noï refljuksnoï hvorobi [Tekst] / L.M. Bojars'ka, K.O. Ivanova // Sovremennaja pediatrija. – 2010. – № 2. – S. 162-163.
3. Zubarenko O.V. Gastroezofageal'na refljuksna hvoroba u ditej: suchasnij pogljad na patogenezi i kliniku [Tekst] / O.V. Zubarenko, T.Ju. Kravchenko, K.O. Loseva // Zdorov'e rebenka. – 2012. – № 1(36). – S. 15-18.
4. Kukuruza G. V. Kompleksna ocinka vnutrishnih ujavlen' pro zdorov'ja pidlitkiv iz zatrimkoju statevogo rozvitku [Tekst] : metod. rek. / DU «IOZDP AMNU»; uklad. : G.V. Kukuruza [ta in.]. – K., 2011. – 27 s..

Надійшла до редакції 21.03.2016

---