



Министерство просвещения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Институт коррекционной педагогики»

Т.В. Свиридова, И. Н. Нурлыгаянов

# ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА С ОВЗ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Методическое пособие

Москва 2022



УДК 159.9  
ББК 88.72

**Основы психолого-педагогического консультирования родителей ребенка с ОВЗ в период лечения в стационаре: методическое пособие / Т.В. Свиридова, И. Н. Нурлыгаянов под общ. ред. А.Л. Венгера, С.Б. Лазуренко [электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. (339 Кб). М.: ИКП РАО, 2022. — 1 электрон. опт. диск. - Систем. требования: Intel Core i3 1,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; Windows 7/8/8.1/10/11; CD/DVD-привод. – Загл. с экрана.**

В пособии представлены рекомендации специалистам психолого-педагогического профиля по вопросам адаптации семьи ребенка с ОВЗ к ситуации госпитализации и длительному лечению. Освещены теоретические и практические вопросы психологической адаптации детей к стационару, создания условий для реализации возрастных и индивидуальных потребностей ребенка, в том числе организации обучения в условиях длительной госпитализации, основы формирования приверженности лечению и конструктивного сотрудничества с врачом, консультирования родителей, находящихся в неблагоприятном эмоциональном состоянии, предложен практический материал (диагностический инструментарий, планы занятий) и список тематической литературы.

#### **Текстовое электронное издание**

##### **Минимальные системные требования**

**Компьютер:** Intel Core i3 1,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; 4,5 Мб свободного пространства на жестком диске; CD/DVD-привод;

Операционная система: Windows 7/8/8.1/10/11;

Программное обеспечение: любая программа для просмотра pdf-файлов.

**ISBN 978-5-907593-19-0**

© Свиридова Т.В. Нурлыгаянов И.Н.  
©ФГБНУ «ИКП РАО», 2022



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
1. Современное состояние проблемы психологической адаптации детей к медицинскому стационару.....	5
2. Психолого-педагогические условия адаптации пациента и его близких к ситуации госпитализации .....	13
2.1. Содержание психолого-педагогической работы с ребенком .....	13
2.2. Организация образовательного процесса в условиях длительной госпитализации .....	16
2.3. Психолого-педагогическая работа с родителями .....	18
2.4. Дистанционное психолого-педагогическое консультирование родителей.....	22
3. Практический материал .....	24
3.1. Стимульный материал для организации беседы с ребенком младшего школьного возраста .....	24
3.2. Анкета для мониторинга психологической адаптации у детей школьного возраста (ребенок).....	27
3.3. Планы занятий с детьми по адаптации к стационару.....	28
Заключение .....	366
Список литературы.....	377



## Введение

Известно, что ситуация госпитализации может вызывать целый спектр психологических трудностей у ребенка и его близких. Они связаны как с переживаниями за состояние здоровья, так и процессом адаптации к новым социальным условиям, в первую очередь, физическими и социальными ограничениями, связанным с болезнью [5]. Помимо «выпадения» из привычной среды, разлуки со своей семьей, друзьями, ребенок сталкивается с необходимостью следовать нормам и правилам поведения в стационаре, совладать со стрессом из-за психофизического дискомфорта и ожидания незнакомых медицинских манипуляций, организовывать свой быт и досуг в палате, общаться со взрослыми (медработниками, родителями) и другими детьми в палате [21, 77]. В связи с этим некоторые авторы рассматривают ситуацию госпитализации как потенциально психотравмирующую для детей [19, 21]. Согласно многолетнему опыту центра психолого-педагогической помощи ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, около 70 % всех услуг, оказанных детям, приходится на помощь в адаптации к ситуации госпитализации. Мониторинг и своевременная помощь в адаптации к новым социальным условиям ребенку и его близким позволяют значительно смягчить остроту адаптационного периода и положительно повлиять на отношение к лечению и дальнейшему сотрудничеству со специалистами. Создание в стационаре благоприятной среды, способствующей удовлетворению потребности ребенка в интересном и полезном общении, деятельности в соответствии с психофизическими возможностями и развитием позволяет существенно снизить уровень стресса в стационаре [36, 52].

Во многом организация оптимальных социальных условий для ребенка в стационаре определяется готовностью родителей к сотрудничеству со специалистами, пониманием психофизического состояния и учетом возрастных, особых психологических и образовательных потребностей ребенка в процессе воспитания [16].

В настоящем методическом пособии будут подробно рассмотрены теоретические и практические вопросы консультирования родителей по вопросам адаптации ребенка к ситуации госпитализации.



# **1. Современное состояние проблемы психологической адаптации детей к медицинскому стационару**

Вопросы психологической адаптации пациентов детского возраста к стационару стали активно разрабатываться в середине XX века в рамках исследований феномена «детей войны» (в 40–50-е годы XX века). Наблюдения за поведением маленьких детей, оставшихся без попечения родителей и росших в больницах и приютах, легли в основу концепций психической депривации Дж. Боулби и госпитализма Р. Спитца. В них описаны явления искаженного психического развития ребенка, обусловленного недостатком сенсорных стимулов, социальных контактов, устойчивых эмоциональных связей (прежде всего, с родителями). В рамках данных концепций проведено большое количество эмпирических исследований, подтверждающих влияние совместного пребывания и поддержки близкого взрослого на процесс адаптации больного ребенка к условиям пребывания в медицинском стационаре [40, 51, 60, 67].

Активное распространение взглядов ученых на ключевую роль родителей в психическом и физическом благополучии детей послужило основанием для утверждения Британским министерством здравоохранения (1959 г.) рекомендаций об обязательном совместном пребывании матерей с детьми от 0 до 5 лет и неограниченном посещении родителями детей, находящихся на лечении более старшего возраста. С этого времени в мировой педиатрической практике широко признано, что присутствие родителя важно для адаптации ребенка к стационару, и палаты совместного пребывания матери и ребенка стали нормой во многих педиатрических отделениях больниц. В частности, согласно части 3 ст. 51 ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», один из родителей или лицо его замещающее (законный представитель) имеет право бесплатно находиться с ребенком в стационаре в течение всего периода лечения. Медицинское учреждение обязано обеспечить близких ребенка питанием и спальным местом, создать необходимые условия для его комфорта. Важно отметить, что, несмотря на оживленные дискуссии в профессиональном сообществе на тему возможности беспрепятственного посещения и постоянного пребывания родителей совместно с ребенком в палатах ОРИТ, согласно Письму МЗ РФ от 30 мая 2016 г. № 15-1/10/1-2853 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии», право родителей находиться с ребенком в больнице закреплено на законодательном уровне.

В настоящее время проблематика госпитализации ребенка не сводится лишь к смягчению негативных психологических последствий из-за разлуки с близкими, она также включает и проблему адаптации пациента с ограниченными в силу болезни резервами приспособления к новым социальным условиям. При госпитализации ребенок попадает в незнакомую для него обстановку, подвергается новым правилам, нередко



ограничивающими его привычное поведение и затрудняющими удовлетворение его возрастных и индивидуальных потребностей. По образному описанию E. Gellert, «для ребенка больница — как чужая страна, к обычаям, языку и законам которой он должен привыкнуть» [29]. Если для пациента раннего возраста основным источником неблагоприятного психологического состояния (высокая эмоциональная лабильность, фиксация на различных страхах, ослабление имеющихся навыков и способов взаимодействия — психический регресс) являются физические факторы (физический дискомфорт) и резкие изменения режима и привычных жизненных стереотипов, то у старших детей (после 7 лет) на первый план выступают социальные проблемы — отрыв от друзей, невозможность продолжения школьных занятий, переживания, связанные с ухудшением состояния [46].

Исследователи отмечают, что в первые дни госпитализации у большинства детей наблюдается стрессовое состояние различной степени выраженности [34]. Согласно работе Yар J.N., у 90 % пациентов детского возраста на фоне госпитализации возникают легкие эмоциональные расстройства, а в 5–10 % — тяжелые психологические расстройства, требующие медикаментозной коррекции [81].

В начальный период адаптации к стационару у детей и подростков наблюдается повышенная эмоциональная лабильность, тревожность, сниженный фон настроения и функциональные нарушения в работе вегетативной нервной системы (нарушения сна и аппетита, дискомфорт в области сердца, тошнота и рвота, боль в животе, частое мочеиспускание) [39, 42, 43, 46, 48, 53, 63, 69, 79].

Бурмистрова Н.И. в зависимости от реакции на госпитализацию выделяет две группы пациентов дошкольного возраста с адаптационными трудностями. К первой отнесены дети с негативной реакцией на госпитализацию, которая выражается в возбуждении, плаче, нарушении сна, отказе от игрушек. Вторая — вялые, заторможенные дети, спокойно реагирующие на поступление в больницу [3].

Для младших школьников и психологически незрелых подростков, помимо разлуки с близкими, в качестве основных психологических трудностей в этот период выступают фиксация на психофизическом дискомфорте, страх перед неизвестными врачебными манипуляциями (например, уколами, гастроскопией) и переживания, связанные с коммуникацией с незнакомыми взрослыми и другими детьми в отделении, возникновением бытовых вопросов в отделении [34]. При поступлении на лечение подростки с дебютом либо обострением тяжелой болезни склонны испытывать тяжелые негативные переживания, сопровождающиеся чувством утраты, пессимистическим образом будущего, сниженной самооценкой, состоянием психической инкапсуляции из-за резкого ухудшения физического состояния и кардинального изменением образа жизни [5].

По данным авторов, у благоприятно адаптирующихся к условиям лечения в стационаре детей и подростков, происходит редуцирование вегетативных проявлений и уменьшение амплитуды эмоциональных переживаний в течение



первых семи дней. Стабилизация настроения проявляется к середине второй недели, а снижение эмоционального напряжения и тревожности наблюдается к третьей недели госпитализации. Вместе с тем, во многих исследованиях выделяется группа пациентов с нарушениями адаптации, у которых почти не наблюдается подобной динамики [12]. Согласно данным зарубежных исследований, у 40–50 % детей полная адаптация так и не наступает вплоть до выписки из стационара, либо наблюдается усиление выраженности дезадаптации [38, 55] и другие авторы отмечают зависимость адаптации к стационару от познавательного и личностного развития детей [38]. Так, для младших школьников и психологически незрелых подростков характерны повышенная эмоциональная лабильность, высокий уровень тревоги, выраженные трудности адаптации к режиму лечения и пребыванию в стационаре, которые сопровождаются вегетативными нарушениями, чаще всего бессонницей и снижением аппетита. У подростков, помимо вегетативных проявлений, выявляются значительные эмоциональные трудности (сниженный фон настроения, высокий уровень тревоги), замкнутость, чрезмерная фиксация на вопросах лечения, идентификация с образом «больного подростка».

В исследовании Гурьевой В.В., Быковой В.И., Валиуллиной С.А. показано, что усиление эмоционального напряжения в отношении госпитализации у детей школьного возраста с соматическими заболеваниями и последствиями травм вплоть до развития дистресса нередко связано с длительностью госпитализации (более трех недель), когда обостряется дефицит потребности в общении с близкими, сверстниками, в привычных видах деятельности (игровой, учебной), которыми была наполнена жизнь ребенка до госпитализации, «утомление» от лечебного процесса и пребывания в палате [8].

Согласно результатам катamnестических наблюдений, неблагоприятный опыт адаптации в стационаре может не только усугубляться при повторной госпитализации, но и откладывать отпечаток на формирование характера ребенка, усиливая дезадаптированные черты [50].

В исследованиях факторов, влияющих на адаптационные возможности ребенка, было установлена прямая связь психологического состояния ребенка с физическим, степенью тяжести и характером течения болезни [33]. В частности, согласно данным исследований, у 20–30 % пациентов при обострении тяжелой болезни на фоне утраты привычного психофизического и социального функционирования наблюдается стойкое снижение настроения в сочетании с уменьшением психической и двигательной активности [32]. Это, в свою очередь, может приводить к затруднению процесса восстановления здоровья и расстройствам адаптации. Наиболее часто педиатров настораживают такие особенности поведения ребенка, свидетельствующие о дезадаптивном поведении, как резкое снижение активности, слезливость, нарушение витальных функций, чрезмерная замкнутость, нередко требующие дополнительного психиатрического обследования.

При сопоставимых физическом состоянии, социальной ситуации развития и степени личностной зрелости наблюдается связь процесса



адаптации ребенка с его темпераментальными особенностями (свойств ЦНС — силы и гибкости).

Так, Lumley N.A. и соавторами установлено, что такие характеристики ребенка, как гибкость и открытость новому опыту, являются предикторами его высокой стрессоустойчивости, тогда как ригидность и страх нового, свидетельствуют о риске возникновения дистресса [57].

В ряде исследований было показано, что адаптация к стационару протекает лучше у эмоционально устойчивых, общительных и открытых, уверенных в себе детей. Им легче устанавливать контакты со взрослыми и сверстниками в больнице. Они быстро осваивают и принимают окружающую их обстановку в отделении, более спокойно переносят врачебный осмотр и болезненные процедуры. К трудностям адаптации предрасполагают черты робости и эмоциональной нестабильности: застенчивость, пугливость, впечатлительность, а также недоверчивость. Такие дети испытывают трудности взаимодействия со сверстниками и медицинским персоналом, беспокойно реагируют на болезненные процедуры, их настроение крайне неустойчиво [34]. В исследованиях состояния детей в остром и отдаленном периодах после травмы отмечается, что при сопоставимом физическом статусе в качестве прогностических критериев дезадаптивного поведения выступают такие преморбидные черты характера, как замкнутость, тревожность и враждебность [61].

В исследовании Peterson L. на тему совладания с трудностями при госпитализации были описаны конструктивные копинг-стратегии детей дошкольного и младшего школьного возрастов в ситуации адаптации к медицинским процедурам — активный поиск информации, обращение за помощью и эмоциональной поддержкой к другим людям и неконструктивные — избегание либо отрицание психотравмирующей информации [64].

Согласно сравнительному исследованию копинг-стратегий подростков с высокой и низкой адаптацией к ситуации госпитализации, установлено, что преодоление стресса у подростков из первой группы включает в себя активный поиск социальной поддержки и планирование этапов преодоления возникших проблем со здоровьем, наличие устойчивых интересов и мотивов, не связанных с болезнью, что позволяет сохранять большую эмоциональную устойчивость и оптимизм. Склонность подростков с низкой адаптацией к ситуации госпитализации к необдуманным поступкам, самообвинению, их чрезмерная эмоциональная сдержанность и нежелание обращаться за социальной поддержкой крайне негативно влияют на их эмоциональное состояние и восприятие картины будущего.

Rutter M. показано, для жизнестойких подростков, опыт длительной госпитализации может даже их укрепить психологически, а не ослабить. Такие дети способны быстро возвращаться к предыдущему психологическому состоянию, достаточно быстро реагируют и приспосабливаются к новым социальным условиям и ограничениям, находят в тяжелой жизненной ситуации личностный смысл для саморазвития и самовоспитания [70].





Вместе с тем, в настоящее время не остается сомнений, что подавляющему большинству детей, поступающих в стационар, для предупреждения адаптационных трудностей требуется своевременная психолого-педагогическая поддержка. Исторически она оказывалась детям педиатрами и детскими медсестрами. Так, в 1971 году E. Plank описал специализированное обучение, которое должен был пройти «работник по уходу за детьми» во вновь созданной больнице [66]. Под его руководством была создана Американская ассоциация по уходу за детьми в больницах (Association for the Care of Children's Health). Nagera H. разработал алгоритм подготовки ребенка к госпитализации, которому должны придерживаться детские врачи при взаимодействии с маленьким пациентов и его родителями [63]. В нем подчеркивается важность установления конструктивной коммуникации врача с ребенком и его близкими, необходимость ориентации на психологическое состояние и познавательные возможности ребенка при сообщении медицинской информации и описании предстоящих процедур. особое внимание. Исследователь обращает внимание на необходимость организации разнообразного досуга и образовательных программ для детей в процессе лечения. Согласно автору, такие программы помогают ребенку занять свое сознание конструктивной и позитивной деятельностью и, таким образом, отвлечься от размышлений и фантазий негативного или деструктивного характера.

В современной педиатрической практике все большее распространение получает работа по профилактике дистресса у детей, поступающих на лечение в стационар [12]. Масляная О.В. отмечает важность обучения дошкольников доступному алгоритму посещения врача и знакомству с организмом человека, его функциям, а также с основными медицинскими процедурами в рамках образовательного процесса [23].

При поступлении ребенка в больницу многие авторы рекомендуют ознакомить ребенка и его близких с предстоящим лечением с помощью предварительной беседы со специалистами, информационных буклетов, видеофильмов [76].

В период получения медицинской помощи в стационаре с целью профилактики повышенного эмоционального напряжения авторы рекомендуют проведение тематических психолого-педагогических занятий с детьми и родителями в форме театрализации [80], групповых обсуждений [54], трудотерапии [82], анималотерапии [49,78].

Доказана эффективность применения психогимнастики (для детей дошкольного возраста) и обучения базовым навыкам релаксации в сенсорной комнате (для школьников) для решения задачи стабилизации эмоционального состояния и повышения внутриличностных ресурсов у пациентов [44].

В ситуации длительной госпитализации, когда наблюдается риск возникновения у детей адаптационных трудностей на фоне хронического психологического дискомфорта из-за физических и социальных ограничений, дефицита привычной деятельности и общения, авторы рекомендуют групповой формат работы, когда в эмоционально-комфортных условиях дети и подростки



смогли бы удовлетворить потребность в социальных контактах со сверстниками [25].

Не менее важна для адаптации к стационару и ситуации болезни детей организация процесса обучения в процессе длительного лечения. Как отмечают исследователи, обучение детей в процессе восстановительного лечения позволяет не только реализовать их конституционное право на получение образования<sup>1</sup>, но и приобрести необходимые социальные и коммуникативные компетенции, тем самым предупредить развитие трудностей общения, негативного образа Я, а также рентных установок [83].

Согласно Lum A. и др., все дети с хроническими болезнями нуждаются в индивидуальном подходе в обучении [57]. Поскольку в образовательном процессе должны учитываться тяжесть их психофизического состояния и режим лечения, требуется систематическое взаимодействие педагогов с лечащим врачом и специалистами психолого-педагогической службы больницы.

Особое внимание уделяется созданию в условиях стационара доступных и привлекательных для детей дополнительных форм образования и социальной активности в соответствии с их физическим состоянием и актуальным психологическим возрастом [36].

В свете решения проблемы доступности обучения и социализации для детей с хроническими болезнями, находящимися на лечении, активно осуществляется научный поиск по созданию и апробации программ и технологий дистанционного педагогического и психологического сопровождения [14].

Отдельное направление исследований посвящено созданию комфортных условий в стационаре, в том числе оформлению палат, столовой и игровых для детей с учетом их возрастных потребностей и интересов, организации комнаты отдыха для взрослых с тематической библиотекой, доступным интернетом, базовым набором офисной и бытовой техники (чайник, компьютер, принтер) [1].

Отдельным направлением работы для повышения адаптивности детей к условиям стационара и лечению является психолого-педагогическое консультирование родителей [10]. Установлено, что просто присутствие близкого с ребенком в процессе госпитализации далеко не всегда является условием его благополучной адаптации к стационару. Поскольку психологическое состояние родителей, их отношение к процессу лечения нередко является важным опосредующим фактором в реакции ребенка на госпитализацию и соблюдении рекомендаций специалистов, психолого-педагогическое сопровождение взрослых в процессе госпитализации ребенка является неотъемлемым направлением работы сотрудников психолого-педагогической службы в детском лечебном учреждении [22].

---

<sup>1</sup> Правовые и организационные основы обучения российских детей, находящихся на длительном лечении в стационаре, наиболее полно отражены в «Методических рекомендациях об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации» (от 14 октября 2019 г.).



В процессе работы с родителями в стационаре важно учитывать, что семья больного нередко испытывают трудности адаптации не столько к госпитализации ребенка, сколько к ситуации тяжелой болезни ребенка [20]. В частности, большинство родителей детей с тяжелыми болезнями находятся в состоянии острого (15 %) и хронического (60 %) эмоционального стресса. В исследованиях, проведенных во ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, установлено, что ситуация инвалидизирующей болезни ребенка приводит, прежде всего, к большим временным и материальным затратам (75 %), нарушению микроклимата в семье (45 %), ограниченным возможностям личностной и профессиональной реализации родителей (36 %), а также воспитательным трудностям и формированию дисгармоничных родительских установок (50 %) [18].

Наиболее ярко необходимость работы с родителями продемонстрирована в исследованиях, описывающих психологическое сопровождение семьи ребенка, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии [30] и при подготовке к проведению плановых и внеплановых оперативных вмешательств [27,30]. Авторы отмечают, что интенсивность собственных переживаний родителей за жизнь и здоровье тяжело больного ребенка нарушают их адаптационные возможности. Поэтому без соответствующей психологической поддержки родители не могут как самостоятельно справиться со своим эмоциональным напряжением, так и быть опорой для своего ребенка, эффективно заботиться о нем, что объясняет необходимость оказания адресной психолого-педагогической помощи взрослым.

Резюмируя изложенное выше, можно определить, что **адаптация к стационару** — процесс и результат приспособления пациента к функционированию в новых социальных условиях, обусловленных получением медицинской помощи в круглосуточном стационаре.

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о риске возникновения адаптационных трудностей у ребенка в ситуации госпитализации.

В качестве признаков трудностей адаптации к стационару выступают следующие: неблагоприятное эмоциональное состояние, нарушение режима дня (для детей раннего возраста и дошкольников), негативные переживания, связанные с госпитализацией и процессом лечения (для дошкольников и школьников), трудности соблюдения норм и правил поведения в стационаре, а также рекомендаций медработников, низкая самостоятельность в решении бытовых вопросов, общении и организации досуга (для школьников).

Картина и динамика адаптационного процесса детей в стационаре, безусловно, подвержена влиянию групп биологических, социальных и психологических (личностных) факторов, требующих мониторинга при поступлении детей в стационар.

Для смягчения эмоционального ответа ребенка на психотравмирующее событие и профилактики дистресса требуется помощь специалистов психолого-



педагогической службы в адаптации к ситуации госпитализации и лечению как ребенку, так и его родителям.

Содержание помощи зависит от сочетания биологических, социальных и психологических (личностных) факторов. Необходимым направлением в адаптации ребенка к стационару и лечению является психолого-педагогическое консультирование родителей.

Рассмотрим опыт реализации перечисленных выше теоретических положений в практической деятельности специалистов психолого-педагогической службы в педиатрии.



## **2. Психолого-педагогические условия адаптации пациента и его близких к ситуации госпитализации**

В современной педиатрической практике психолого-педагогическая помощь ребенку осуществляется на каждом этапе комплексного лечения и регламентирована следующими правовыми документами: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. 21.11.2011 г.), Приказ Минздрава РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» (от 16.09.2003), Приказ Минздрава РФ № 878н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей» (от 23 октября 2019 г.).

Важно отметить, что помощь в адаптации пациента и его близких к ситуации госпитализации является одним из ключевых и наиболее востребованных направлений работы специалистов с детьми и родителями и составляет по нашим данным более 70 % объема услуг психолого-педагогической службы.

### **2.1. Содержание психолого-педагогической работы с ребенком**

Интегральным показателем, свидетельствующим о трудностях адаптации ребенка к ситуации госпитализации, является неблагоприятное психологическое состояние — состояние стресса разной степени интенсивности, возникшее незадолго либо в процессе госпитализации ребенка. В качестве типичных признаков неблагоприятного психологического состояния у пациентов выступают: нарушение витальных функций (сна, аппетита); повышенная враждебность, возбуждение или тревога, подавленное состояние; нехарактерное поведение для ребенка: чрезмерная замкнутость, отказ от физического осмотра, неспособность озвучить свои потребности; игнорирование медицинских назначений (для школьников). Оно выявляется на основе наблюдения за поведением ребенка в отделении, опросных методов (для школьников — анкета «Госпитальная шкала тревоги»), проективных методик (рисунок «Рисунок неизвестного животного», «Незаконченные предложения») (Практикум по возрастной психологии, 2002), тематической беседы с ребенком о госпитализации (темы: общение в палате, очная и дистанционная коммуникация с близкими, ожидание процедуры, результатов анализа) с помощью стимульного материала (Практический материал 3.1).

Оценка риска возникновения трудностей адаптации к ситуации госпитализации осуществляется на основе результатов стандартного психолого-педагогического обследования<sup>2</sup> с помощью сопоставления

---

<sup>2</sup> Длительность обследования, количество встреч и объем психодиагностического инструментария подбираются в зависимости от физического и психологического состояния пациентов.



физического, социального и личностного факторов. Рассмотрим алгоритм анализа данных.

Изучение физического фактора: тяжести состояния ребенка, характера и прогноза течения болезни — проводится на основе анализа медицинской документации. Параметрами физического фактора выступают: характеристика физического состояния (крайне тяжелое, тяжелое, среднетяжелое, умеренное), прогноз болезни и степень ограничений физического функционирования (согласно «Международной классификации функционирования», «PedsQL») [24,26].

С помощью изучения социальной информации о ребенке, указанной в анамнезе, беседы с ребенком и близким, анкетирования детей школьного возраста (Практический материал 3.2) осуществляется оценка социальных триггеров дезадаптации: степени социальных ограничений, связанных с болезнью и госпитализацией, нарушения детско-родительских отношений, наличия тяжелой жизненной ситуации.

Личностными предикторами неблагоприятного состояния являются: особенности нервной системы (слабый тип ЦНС), акцентуации характера (тревожная, сензитивная, психастеническая), неконструктивные копинг-стратегии (трудности вербализации негативных переживаний, отрицание, уход от проблемы). Они диагностируются с помощью наблюдения за поведением ребенка, характерологических опросников («Личностный опросник Кетелла для детей», «Патохарактерологический диагностический опросник», «Опросник копинг-стратегий для детей школьного возраста (Никольская И.М., Грановская Р.М.) и проективных методик («Рисунок неизвестно животного», Дукаревич М.).

Анализируя физический, социальный и личностный факторы, можно выявить доминирующий и распределить детей в группы, тем самым определить основные мишени помощи.

Дети с доминированием физического фактора находятся в тяжелом физическом состоянии. У пациентов отмечается выраженная психическая астенизация, преобладание вегетативных проявлений психической активности. Отмечается низкая работоспособность, приглушение социальных и личностных переживаний. Эмоциональные проявления крайне лабильны и связаны прежде всего с улучшением или ухудшением физического состояния. В связи с более быстрым восстановлением психологических потребностей по сравнению с физическим функционированием наблюдается риск возникновения тяжелых эмоциональных переживаний, связанных с выраженными физическими ограничениями и дискомфортом, неясной картиной ближайшего будущего, дефицитом эмоционального общения и резким сужением деятельности.

В группе детей с доминированием социальных триггеров наблюдаются дети преимущественно младшего школьного возраста, либо психологически незрелые подростки. У пациентов можно обнаружить негативные переживания, связанные с резким изменением социальной ситуации: госпитализация в стационар без родителей, необходимость приспособиться к новым требованиям, выстраивать коммуникацию с незнакомыми людьми,



самостоятельно преодолевать эмоциональные трудности, в том числе страхи и опасения перед неизвестными медицинскими процедурами. Такие дети достаточно тяжело адаптируются к условиям стационара, практически не вступают в контакт с другими людьми в отделении, не включаются в процесс лечения и быт, испытывают трудности в самостоятельной организации деятельности. Похожая поведенческая картина, но гораздо более выраженная по интенсивности переживаний может наблюдаться и у психологически зрелых подростков, находящихся в тяжелой жизненной ситуации (например, потеря значимого взрослого).

Третью группу составляют дети с выраженными личностными предикторами адаптационных трудностей. Чаще всего это психологически зрелые, активно рефлексирющие подростки, с тревожной, сензитивной, демонстративной, либо психастенической акцентуацией характера и слабыми механизмами преодоления стресса. В ситуации лечения они склонны к чрезмерной фиксации на психофизических ощущениях, негативной информации о состоянии своего здоровья, пессимистическому отношению к будущему и результатам лечения даже без объективных на то причин. К данной группе относятся также пациенты более младшего возраста, зависимые от психологического состояния близких и присвоившие неконструктивные родительские установки в отношении лечения.

На основе психолого-педагогического обследования ребенка и выявления причин, природы и доминирующего фактора либо их сочетания определяется содержание психолого-педагогической помощи.

Дети с доминированием физического фактора нуждаются в поддержании и активизации психологических потребностей (в общении, привлекательной деятельности), помощи в сглаживании психологического дискомфорта, возникающего на фоне более быстрого восстановления психологических потребностей по сравнению с физическим функционированием. Это достигается благодаря организации доступных видов деятельности, обсуждению значимых для ребенка тем, не связанных с процессом лечения, помощи в построении ближайших жизненных планов по принципу «здесь и теперь» [4].

Основной задачей психолого-педагогической поддержки детям с доминированием социального фактора является помощь в адаптации к новой социальной ситуации. Как правило, работа психолога начинается с эмоциональной поддержки, оказания помощи в решении бытовых вопросов ребенка, знакомства с распорядком жизни отделения и правилами поведения в палате, организации досуга и самостоятельной деятельности с учетом актуального психологического возраста. В силу выраженных трудностей адаптации детей, находящихся в тяжелой жизненной ситуации, характеризующихся чрезмерной замкнутостью либо повышенной враждебностью, психолог нередко осуществляет посредничество в общении между ребенком и медперсоналом, близкими, озвучивая его актуальные потребности и согласовывая эффективные способы выстраивания коммуникации. В рамках индивидуальной психологической работы с ребенком



создаются условия для постепенного включения пациента в простую деятельность и общение, выполнение основных врачебных рекомендаций, укрепление чувства субъективного контроля над сложившейся ситуацией.

Целью психолого-педагогической помощи детям с доминированием личностного фактора является укрепление их внутриличностных ресурсов. Это достигается путем переключения с негативных переживаний на положительно эмоционально окрашенную деятельность при помощи арт-терапии, игротерапии, создания безопасных условий для вербализации негативных переживаний, помощи в укреплении конструктивных способов преодоления трудностей с использованием когнитивно-бихевиоральной терапии, а также релаксации в сенсорной комнате.

Важно отметить, что психолого-педагогическая работа с детьми, испытывающими трудности в адаптации, проводится преимущественно в индивидуальной форме, и постепенно, при улучшении состоянии возможен переход к занятиям в микрогруппе (2–3 человека).

Довольно часто трудности адаптации к госпитализации возникают из-за сочетания факторов. В этом случае специалистам важно соблюдать приоритеты. В первую очередь, работа с ребенком должна быть направлена на помощь в адаптации к новой социальной ситуации и при постепенном достижении положительного эффекта — на укрепление внутриличностных ресурсов.

Таким образом, оценка физических, социальных и личностных факторов позволяет уточнить причины адаптационных трудностей ребенка в стационаре, определить эффективные способы коммуникации и направление психолого-педагогической помощи.

С целью профилактики возникновения дистресса с пациентами школьного возраста, поступающими в стационар, полезно проведение групповых просветительских занятий, направленных на знакомство с правилами и нормами поведения в стационаре, с медработниками и другими детьми в отделении, тематических занятий, посвященных основам соблюдения врачебных рекомендаций, обучению базовым навыкам эмоционально-волевой регуляции, повышению коммуникативной компетентности (Практический материал 3.3). В ситуации длительной госпитализации, помимо психолого-педагогического сопровождения, не менее важно включение ребенка в образовательный процесс.

## **2.2. Организация образовательного процесса в условиях длительной госпитализации**

В зависимости от психофизического функционирования и режима лечения (в том числе санитарно-эпидемиологических требований), обучение детей в больнице может осуществляться по программе, рекомендованной психолого-медико-педагогической комиссией, либо индивидуальной, определяемой медико-психолого-педагогическим консилиумом медицинского





учреждения, как в очной форме, так и с использованием электронного образования и дистанционных технологий.

По результатам качественного анализа медико-психолого-педагогической информации установлено, что по степени психофизического функционирования, условно детей с тяжелыми инвалидизирующими болезнями можно объединить в три группы.

Первую группу составляют дети с достаточным физическим и психическим функционированием. У них отмечается преимущественно легкое течение болезни либо среднее в стадии медикаментозной ремиссии. Пациенты находятся в удовлетворительном физическом и относительно устойчивом психологическом состоянии, с высокими показателями работоспособности и достаточно высокой социальной активностью. Как правило, они госпитализированы планово с целью динамического наблюдения и терапии. Образ жизни детей в стационарном отделении характеризуется незначительными социальными ограничениями, обусловленными снижением работоспособности и режимом лечения (диагностические обследования, физиотерапевтические процедуры, занятия ЛФК, прием лекарств). Дети, объединенные в первую группу, могут быть включены в образовательный процесс по программе, рекомендованной психолого-медико-педагогической комиссией. В связи с незначительным снижением работоспособности и временными ограничениями, обусловленными режимом лечения, требуется снижение учебной нагрузки за счет уменьшения количества предметов (до 3–5 уроков в день), наполнение программы в равном объеме новым материалом и заданиями для закрепления. Возможна организация занятий в групповой или индивидуальной формах. При определении формы психолого-педагогической работы педагогам стоит учитывать возможные ограничения контактов с другими детьми. При невозможности проведения очных занятий целесообразно использование дистанционных образовательных технологий.

Во вторую, как правило, наиболее многочисленную группу входят дети со средними показателями психофизического функционирования. В основном, они находятся в среднетяжелом физическом состоянии, обусловленном рецидивирующим течением болезни, и нуждаются в госпитализации с целью подбора терапии. Для пациентов характерна эмоциональная лабильность, фиксация на психофизическом дискомфорте, повышенная истощаемость в деятельности. В процессе госпитализации они имеют значительные социальные ограничения как в силу нестабильного психофизического состояния, так и в связи с более интенсивным по сравнению с пациентами первой группы режимом лечения (расширенная программа диагностического обследования, сложные схемы введения медикаментозных препаратов, физиотерапевтическое лечение, занятия лечебной физкультурой). Для пациентов-школьников, отнесенных во вторую группу, показано обучение по индивидуальному плану с сокращением учебных предметов (до 2–3 уроков в день) и наполнением его содержания повторением пройденного материала. Учитывая значительную истощаемость детей и высокую загруженность лечебными мероприятиями, занятия проводятся в первой половине дня с



минимальным объемом заданий для самостоятельной работы. При ухудшении состояния и снижении работоспособности возможна замена учебных предметов занятиями дополнительного образования по выбору (1–2 занятия в день). Также как и для пациентов первой группы, обучение осуществляется очно и/или с использованием дистанционных технологий.

Третья группа пациентов — дети с низкими показателями физического и психологического функционирования. В нее входят пациенты в тяжелом и среднетяжелом состоянии, в ситуации обострения болезни. С увеличением тяжести и длительности болезни наблюдается ухудшение психологического состояния пациентов до выраженного истощения, эмоциональной лабильности, сужения деятельности и общения. Пациенты поступают в стационар в связи с необходимостью в оказании медицинской помощи по жизненным показателям. Социальные условия отличаются существенными социальными ограничениями (ограничения в передвижении и социальных контактов в пределах палаты, постоянные врачебные манипуляции и процедуры). В силу тяжести психофизического состояния обучение детей третьей группы в традиционном виде нецелесообразно. Оно должно осуществляться не по программному материалу, а по индивидуальной программе, включающей предметы дополнительного образования, с учетом предпочтений ребенка. Такая организация обучения будет способствовать реализации потребности в новых впечатлениях, деятельности и общения. Занятия с ребенком проводятся очно, индивидуально, непосредственно у постели больного (1–3 занятия в день по 10–15 мин.). В связи с неустойчивостью состояния и высокой истощаемостью режим проведения занятий согласовывается педагогами и родителями с лечащим врачом и специалистами психолого-педагогической службы больницы на междисциплинарных консилиумах.

Таким образом, реализация права на образование ребенка в процессе госпитализации в стационар требует систематического междисциплинарного взаимодействия педагогов с лечащим врачом, специалистов психолого-педагогической службы больницы.

Создание вариативных условий обучения детей-инвалидов является необходимым условием их благоприятной адаптации к длительному лечению в стационаре, эффективному лечению и социализации.

Поскольку процесс адаптации ребенка к стационару, включение в образовательный процесс во многом зависят от родительской позиции, понимания актуальных психофизических возможностей и готовности взрослых к сотрудничеству со специалистами, психолого-педагогическая работа с родителями выступает необходимым условием профилактики и преодоления трудностей адаптации ребенка в стационаре [17].

### **2.3. Психолого-педагогическая работа с родителями**

С родителями, находящимися с ребенком в стационаре, осуществляются профилактические консультации (в индивидуальной и групповой формах) по вопросам оказания психологической поддержки в адаптации к лечению,



удовлетворению возрастных и психологических потребностей пациентов детского возраста в условиях госпитализации, формированию ответственного отношения к лечению.

В частности, при возникновении трудностей в адаптации ребенка, связанных с социальными факторами (резкой смены социальных условий) родители обучаются конструктивным способам поддержки ребенка: оказывать помощь в знакомстве с нормами и правилами в отделении, доступным ребенку языком объяснять причины госпитализации и полезное действие медицинских процедур, постепенно включать его в общение со сверстниками в отделении, организовывать досуг и самостоятельную деятельность.

Близкие детей, испытывающих трудности в адаптации к стационару в связи с личностными особенностями, обучаются способам укрепления внутрличностных ресурсов ребенка: организации щадящего режима информационной нагрузки, психологическим средствам повышения стрессоустойчивости и формированию механизмов преодоления. При выявлении фиксации родителей на болезни ребенка, чрезмерной тревоги за его жизнь и здоровье близким рекомендуется пройти курс семейной психотерапии.

Психолого-педагогическое информирование и обучение взрослых способам психологической поддержки ребенка в ситуации трудностей адаптации к стационару реализуются специалистами психолого-педагогического профиля непосредственно на консультациях, занятиях с ребенком, а также в рамках тематических просветительских семинаров для родителей.

Важным профилактическим направлением работы с родителями детей, находящихся на длительном лечении в стационаре, является помощь взрослым в организации досуга в соответствующем его возрасту виде деятельности.

Так, на занятиях с педагогами раннего возраста родители обучаются взаимодействию с малышом (0–3 лет) по расширению практического опыта, формированию самостоятельной деятельности (предметной, игровой, продуктивной), получают практические рекомендации реализации индивидуального педагогического маршрута ребенка. Педагоги раннего возраста помогают родителям подобрать инструментарий для осуществления манипулятивной, предметной деятельности (погремушки, пирамидки, баночки-вкладыши) и обучают развивающему общению с ребенком.

Специалисты психолого-педагогического профиля (педагоги-дефектологи, логопеды) знакомят взрослых, воспитывающих дошкольника (3–6 лет), с партнерским взаимодействием с ребенком, технологиями развития произвольности поведения, усвоения социальных норм, овладения игровой деятельностью, помогают подобрать оптимальное содержание занятий в палате. В частности, основными видами совместной деятельности родителей с дошкольником выступают: сюжетно-ролевая игра (для этого потребуются фигурки людей, животных и другие предметы), конструирование («Лего-дупло», сборка простых паззлов, заполнение крупных раскрасок с наклейками),



продуктивная деятельность (плетение из крупного бисера, несложная мозаика, лепка из теста), простые настольные игры по правилам («Ходилки»). Детские психологи также оказывают консультативную и практическую поддержку близким по вопросам социализации ребенка в отделении и его адаптации к детскому коллективу.

Родители младших школьников (7–10 лет) получают правовую и методическую поддержку специалистов (дефектолога, логопеда, психолога) по вопросам оптимизации образовательного процесса в условиях длительного лечения в стационаре с учетом особых образовательных потребностей ребенка, формирования у ребенка познавательного интереса и привычки трудиться, а также самостоятельности и самоконтроля. Для организации досуга школьникам и подросткам также полезно рекомендовать книги приключенческого характера, раскраски-антистресс, молодежные журналы, кроссворды, головоломки, наборы для творчества (плетение фенечек, оригами, раскраски/мозаика по номерам), ролевые настольные игры («Лепешка», «Спящие королевы» и многие другие).

Подростковые психологи обучают взрослых новой форме взаимодействия с ребенком: сотрудничеству на равных, снижению родительского контроля и делегированию ответственности за собственную жизнь и здоровье самому подростку.

В рамках просветительских бесед с медработниками и психологами родители знакомятся с правилами выполнения рекомендаций, а также с принципами формирования приверженности лечению ребенка — рациональному отношению к назначениям (как гигиеническим процедурам), последовательности взрослых в соблюдении рекомендаций, посильному систематическому включению ребенка (начиная с 2–3 лет) в выполнение лечебных процедур, постепенному предоставлению ему большего объема самостоятельности и уменьшению родительского контроля.

Совместная госпитализация родителей с ребенком нередко возникает при ухудшении его здоровья, тяжелом физическом состоянии, что является стрессом для близких. Неблагоприятное психологическое состояние, в свою очередь, оказывает негативное влияние на качество ухода и детско-родительских отношений, психологическое состояние ребенка и адаптацию к ситуации лечения [37].

Поэтому при определении содержания и стратегии помощи адаптации ребенка к стационару важно ориентироваться на готовность родителей к сотрудничеству со специалистами и ее причины.

Сочетание тяжелого эмоционального состояния родителя из-за болезни ребенка, психофизического истощения, личностной незрелости, особенно при отсутствии опыта госпитализации и социальной поддержки, препятствует благоприятной адаптации родителя к ситуации госпитализации, а также его готовности к сотрудничеству со специалистами. Важно добавить, что состояние взрослого может усугубляться дополнительными стрессорами (в том числе болезнью/потерей членов семьи, неясными трудовыми перспективами и материальными трудностями).



В ходе беседы с родителем, наблюдением за поведением в палате, анкетировании (Практический материал 3.4) специалистам полезно обратить внимание на перечисленные факторы риска. Это позволит проанализировать ситуацию, продумать стратегию взаимодействия с родителем и принять своевременные меры по улучшению ситуации.

Признаками неблагоприятного эмоционального состояния взрослого в ситуации стресса (ситуация постановки диагноза и экстренной госпитализации) является патологическая заторможенность или, наоборот, хаотического возбуждение. В первом случае наблюдается сниженный фон настроения, заторможенность, ограничение движений. Во втором — эйфоричность и бесцельная повышенная активность. В обоих случаях наблюдается снижение контакта с реальностью [6].

В общении с родителями, находящимися в состоянии острого стресса, важно учитывать, что реакция на любые внешние воздействия резко снижена, поэтому восприятие родителями новой информации затруднено (не будет услышано или будет услышано фрагментарно). Самоконтроль снижен, поведение и эмоции родителей ситуативные, не всегда характеризуют их личность, а негативные эмоциональные проявления не имеют отношения к личности и профессиональным качествам самого специалиста. В этот период уход за ребенком и выполнение рекомендаций должен быть дополнительно проконтролирован родственниками и медработниками.

В работе с родителем в неблагоприятном состоянии, в первую очередь, специалистом надо проявить общечеловеческую заботу: создать безопасную обстановку, обеспечить покоем, питьем, пищей. Полезно познакомить взрослого с бытовыми условиями пребывания в отделении, включать в выполнение простых, рутинных дел. Психологический мониторинг осуществляется в виде краткосрочных встреч (15–40 мин.) с высокой частотой (4–5 занятий в неделю). Все это способствует более быстрой стабилизации психологического состояния взрослого и более реалистичному восприятию им информацию. В некоторых случаях, когда не наблюдается положительной динамики, требуется направить родителя на консультацию к психиатру для решения вопроса о медикаментозном лечении.

Как правило, через 3–7 дней после госпитализации родители постепенно адаптируются к ситуации и оказываются в более стабильном эмоциональном состоянии, что позволяет им в большей степени быть готовыми к сотрудничеству со специалистами. В этот период необходимо познакомить взрослых с распорядком дня в отделении, организационными вопросами, правилами взаимодействия с медицинским персоналом. Полезно обсудить ситуации, когда и к кому из специалистов следует обратиться в случае ухудшения состояния ребенка и возникновении организационных проблем.

Для обеспечения конструктивного взаимодействия родителя с ребенком в тяжелом состоянии, помощи в адаптации к ситуации пребывания в палате интенсивной терапии взрослые обучаются специалистами психолого-педагогического профиля новым способам общения и взаимодействия с пациентом с учетом его актуального психофизического состояния и



потребностей. Дополнительно семейным психологом оказывается поддержка родителям с целью стабилизации их эмоционального состояния и укрепления внутрисемейных ресурсов, помощи в оптимизации образа жизни семьи в ситуации тяжелой инвалидизирующей болезни ребенка. Психологи знакомят родственников с основными способами преодоления психотравмирующей ситуации. Прежде всего, специалисты обращают внимание близких на тот факт, что сложившаяся ситуация имеет чрезмерную эмоциональную нагрузку, поэтому не стоит корить себя за повышенную эмоциональность либо пассивность. Стоит приложить усилия для сохранения собственных ресурсов. Для этого родителям необходимо придерживаться психогигиенических требований (полноценный сон, питание, реализация личных потребностей). Нередко близким ребенка нужна помощь в конструктивной организации жизни с тяжелобольным ребенком, когда надежды и жизненные планы не концентрируются только на быстром выздоровлении ребенка, а включают в себя разнообразные цели и перспективы, позволяют наполнить смыслом каждый новый день (Практический материал 3.5).

При необходимости (например, для закрепления положительного эффекта от психолого-педагогической работы в адаптации к ситуации, обусловленной тяжелой жизнеугрожающей болезнью ребенка) иногда требуется пролонгированное психолого-педагогическое сопровождение родителей (консультирование, вебинары, школа для родителей) после выписки ребенка из стационара.

## **2.4. Дистанционное психолого-педагогическое консультирование родителей**

Поскольку большинство детей школьного возраста находятся на лечении без родителей и нуждаются в их систематической поддержке, взрослым предоставляется возможность получения дистанционного психолого-педагогического консультирования (по телефону, сервиса беспроводного взаимодействия для организации видеоконференций).

В процессе реализации психолого-педагогической помощи родителям в дистанционном формате должны соблюдаться определенные организационные требования. Оказание данной услуги возможно только при использовании специалистом и родителем надежных и защищенных коммуникационных систем. Перед консультированием родители обязательно информируются специалистами о возможных рисках потери конфиденциальности информации и подписывают информационное согласие.

Наиболее универсальной формой дистанционного сопровождения родителей является информирование. Оно может осуществляться в формате вебинаров, видеосвязи в режиме реального времени; обмена мгновенными сообщениями (тематические чаты) в образовательных интернет-порталах; предоставления информационных материалов, видеофайлов на тематических сайтах.



Взрослых информируют о правилах пребывания и режиме в отделении, списке необходимых личных вещей и правилах их передачи, напоминают о необходимости позаботиться об организации досуга ребенка с учетом его интересов, возможности организации образовательного процесса (для школьников), доступных способах психологической поддержки ребенка в ситуации госпитализации. При необходимости психологом оказывается поддержка родителей с целью стабилизации эмоционального состояния и укрепления внутриличностных ресурсов с последующей рекомендацией обратиться за психологической помощью по месту жительства.

Анализ опыта проведения дистанционного психологического сопровождения показал, что к основным положительным эффектам его применения относятся повышение готовности родителей к сотрудничеству со специалистами (отмечается увеличение количества обращений), своевременность маршрутизации и небольшие положительные изменения в родительской компетентности. Гораздо реже, в процессе дистанционного сопровождения удается достичь повышения внутриличностных ресурсов родителей, устойчивых позитивных изменений в детско-родительских отношениях и более реалистичном восприятии родителями актуальных психофизических возможностей ребенка. Таким образом, дистанционное консультирование родителей прежде всего решает задачи, связанные с оказанием информационной поддержки и маршрутизацией.

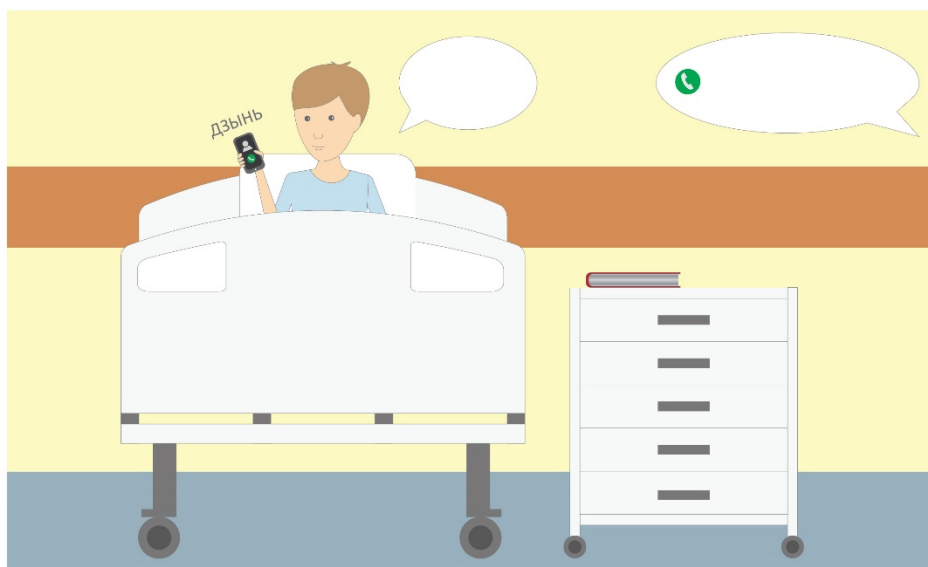


### 3. Практический материал

Приведенный ниже диагностический материал и планы практических занятий были разработаны и успешно апробированы в течение 5 лет в работе с детьми, находящимися на лечении в круглосуточном стационаре и их родителями сотрудниками Центра психолого-педагогической помощи в педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России: Павловой Н.Н., Герасимовой А.М., Егоренковой О.С., Складневой В.М., Голубевой Т.А., Бруцкой К.А., Акимовой Е.И., Емановой А.С., Петровой Е.А.

#### 3.1. Стимульный материал для организации беседы с ребенком младшего школьного возраста

Инструкция: «Посмотри на картинку. Ответь на вопросы»



Кому звонит мальчик? Что он хочет сказать? Ему отвечают? Что? \_\_\_\_\_





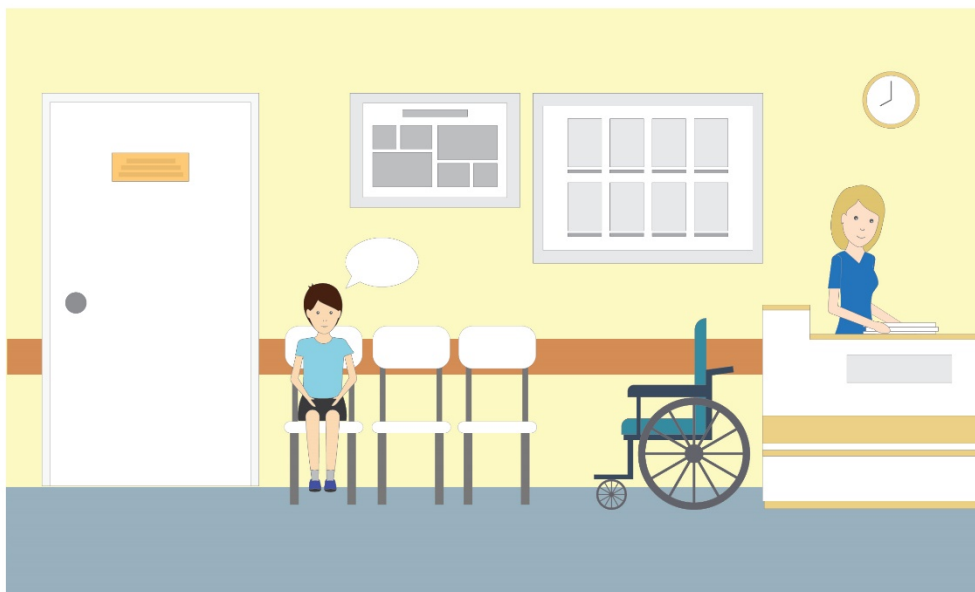
Что делают дети? Где ты? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Напиши, что подумает мальчик: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Зачем пришел врач? Что он говорит мальчику? Что отвечает мальчик? \_\_\_\_\_



Что делает мальчик? Чего опасается? \_\_\_\_\_



Кто пришел навестить мальчика? Что она принесла? О чем они разговаривают? \_\_\_\_\_

## 3.2. Анкета для мониторинга психологической адаптации у детей школьного возраста (ребенок)

### Инструкция:

«Дорогой друг! Просим тебя ответить на вопросы. Это поможет нам лучше узнать тебя и организовать досуг в больнице».

Напиши ответы на вопросы:

1. Имя, фамилия, возраст, год и месяц рождения.
2. Посещаешь ли ты школу (детский сад)/колледж?
3. Какого числа ты поступил(а) в Центр для лечения (напиши дату, день недели)?
4. Сколько дней ты в больнице?
5. Есть ли у тебя опыт лечения в больнице? Если да, то, когда ты был(а) на лечении в последний раз?
6. Как ты переносишь лечение? Расскажи, почему ты так считаешь?
7. Комфортно ли тебе находиться в больнице?
8. Что может сделать период госпитализации более приятным?
9. Как ты проводишь свободное время в больнице? Как бы ты хотел(а) разнообразить свой досуг?
10. В нашем Центре проводятся различные психологические занятия для детей, подростков, родителей. Интересно было бы тебе узнать о них подробнее или посетить?



11. Переверни лист.

Задание. Придумай и нарисуй рисунок как умеешь. Напиши, что на нем изображено и как он называется.

### 3.3. Планы занятий с детьми по адаптации к стационару

**Конспект арт-терапевтического занятия «Моя идеальная больница» (песочная терапия) для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста**

**Цель:** десенсибилизация страхов медицинских процедур, отреагирование негативных эмоций.

**Ход занятия:**

Ребенку предлагается построить в песочнице идеальную больницу. Демонстрируются разные кубики — корпуса будущей больницы: процедурный кабинет, палаты, кабинет врача, отделение скорой помощи, столовая и т. д., ребенок выбирает те из них, которые, по его мнению, должны быть в идеальной больнице

Задаются вопросы:

- А где бы было идеальное месторасположение этой больницы? А может ли она существовать в реальности?
- Какой она должна быть? Какими должны быть врачи и медсестры?
- Чем должны кормить в идеальной больнице? Какой должна быть еда?
- Где должен располагаться процедурный кабинет, чтобы процедуры были приятнее? Что должно быть в процедурном кабинете, чтобы было спокойнее (домашние животные, родственники и т. д.)? Что в идеале происходит после того, как кому-то делают очень болезненный укол, есть ли за это поощрения?
- А сам бы ты, если бы оказался в такой больнице, ходил бы на медицинские процедуры с большим удовольствием?

Далее ребенку предлагается сюжетно-ролевая игра: в идеальной больнице разыгрываются роли врачей, медсестер, пациентов.

**Конспект группового занятия для детей младшего школьного возраста**

**Цель:** помощь в адаптации к ситуации госпитализации в стационаре

**Задачи:**

- развитие навыка вербальной коммуникации;
- обучение конструктивному поведению в ситуациях спора, конфликтных ситуациях;
- развитие умения договариваться.

**Ход занятия:**

**Знакомство**



*Цель:* обучение навыкам знакомства со сверстниками в новых условиях.

*Упражнение «снежный ком с игрушкой»*

Каждый участник по очереди говорит свое имя, фамилию, возраст, придумывает движение с игрушкой и передает ее следующему участнику. Тот, у кого в руках оказалась игрушка, называет свое имя и возраст, повторяет движение предыдущего человека с игрушкой и придумывает свое. Последний человек повторяет движения всех участников и передает игрушку ведущему.

### **Правила группы**

*Цель:* знакомство с базовыми нормами и правилами поведения в общении со сверстниками.

Для чего необходимы правила? Что случается, если кто-то не соблюдает правила? Зачем нужны правила в нашей группе?

В нашей группе не дерутся, не ругаются и не обзываются.

Все участники группы говорят по очереди.

Каждый из нас имеет право высказаться.

### **Разминка**

*Цель:* закрепление доброжелательной атмосферы в группе, повышение мотивации (побуждение к взаимодействию) у членов группы на совместную деятельность и общение.

*Упражнение «встаньте все, кто...»:* встают все, кто любит бегать, радуется хорошей погоде, имеет домашнее животное, любит ходить в школу и т. д.

### **Настольная игра «Лепешка»**

*Цель:* развитие коммуникативных навыков, знакомство с продуктивными способами поведения в спорных, конфликтных ситуациях.

#### *Инструкция*

Представим, что мы оказались в мире диких зверей. Мир животных, как вы знаете, устроен совсем по другим правилам: если зверям что-то не нравится, они могут проявлять агрессию, драться, кусать противника. Каждому из нас нужно будет постараться, чтобы дойти до финиша целыми и невредимыми! Для этого нужно будет договариваться с другими участниками, уговаривать их не кусаться, убеждать в том, что они должны быть доброжелательными и гостеприимными.

У каждого из нас есть свой цвет — красный, желтый, зеленый или синий.

Если мы бросаем кубик и по количеству шагов попадаем на клеточку своего цвета — нам очень повезло, мы отдыхаем, восстанавливаемся, лечимся. Если же мы попали на клеточку, принадлежащую другому игроку, наша задача будет сложнее: нам нужно будет всеми силами постараться уговорить игрока — владельца клеточки встретить нас как настоящих друзей: не кусать, не отщипывать кусочки, а радушно принять у себя дома.

#### *Ход игры*

Перед началом игры каждый участник лепит из пластилина свою фигурку животного, которое служит потом в качестве фишки. Каждый игрок является одновременно владельцем всех полей того же цвета, что и его фигурка.



Игроки по очереди кидают кубик и переставляют свою фигурку-фишку через соответствующее количество полей. Начинает игру самый младший из игроков.

Игрок, попавший на поле другого цвета, должен соответствующим образом попроситься «пожить» на поле другого игрока.

Если владелец поля удовлетворен просьбой, то он может отказаться от наказания попавшей к нему фигуры. Тогда следующий игрок может бросать кубик. Если владелец поля не удовлетворен просьбой, он может наказать попавшую к нему фигуру, щелкнув по ней, смяв ее или как угодно изменив ее форму. Он может также одним ударом смять ее в лепешку.

На полях своего цвета фигура находится у себя дома. В своем доме фигура может залечить раны, изменить себя, отдохнуть. Поэтому все игроки восстанавливают свои фигуры, если им выпадает количество ходов, позволяющее им достичь собственного игрового поля.

### **Завершение**

*Цель:* развитие способности вербализовывать свои чувства.

Понравилась ли игра? Всегда ли удавалось уговорить других ребят не кусаться, были ли в этом сложности?

*Ритуал прощания «солнечные лучики»*

*Цель:* закрепление положительного отношения к совместной деятельности в группе сверстников.

Дети протягивают руки вперед и соединяют их в центре круга.

### **Домашнее задание**

*Цель:* закрепление навыка вербализации своих чувств, укрепление ресурсного состояния путем фиксации внимания на позитивных аспектах жизни.

Придумать те вещи, которые радуют больше всего (это может быть игра, любимое времяпрепровождения, еда, занятие и т. д.) и в следующий раз рассказать об этом.

## **Конспект релаксационного занятия в сенсорной комнате для подростков**

*Цель:* обучение базовым навыкам релаксации, профилактика дистресса.

**Ход занятия:**

### **Знакомство с сенсорной комнатой**

**Инструкция (сопровождается демонстрацией приборов)** «Проходи, пожалуйста. Давай познакомимся с сенсорной комнатой. Сенсорной она называется потому, что она дает новые впечатления и помогает отдохнуть, набраться сил. Знаешь, что такой отдых очень полезен? Сейчас я тебя познакомлю с интересными предметами, которые здесь находятся. Посмотри, это рыбки. Многим нравится за ними следить. Это помогает успокоиться. На доске с огоньками можно что-то написать или нарисовать. Давай попробуем, что из этого выйдет. Понравилось? Посмотри, это волшебный дождь, он меняет цвет. Возьми пульт и попробуй выбрать тот цвет, который тебе нравится. Эта бассейн с шариками. Хочешь в него забраться сразу или позже? Посмотри, это кресла, они принимают ту форму, в которой тебе будет комфортно. Давай



попробуем. Сейчас я буду включать приятную музыку и видеоряд, а ты выбери тот, который тебе понравится. А теперь располагайся поудобнее, мы начинаем отдыхать».

### **Обучение способам релаксации**

Сегодня мы поговорим о доступных способах отдыха и повышения жизненной энергии.

*Вначале поговорим о положении тела.* Когда человек волнуется, переживает, ему полезно найти в комнате комфортное для себя место, принять удобное положение тела и отдохнуть. Попробуй найти удобное место в комнате, расположиться в кресле так, чтобы тебе стало уютно.

*Теперь поговорим о дыхании.* Ты замечал, что дыхание у человека бывает разным? Когда ты волнуешься и переживаешь, какое у тебя дыхание? Правильно, быстрое, поверхностное, прерывистое. Попробуем? Если надо проснуться, можно себя разбудить таким образом.

А чтобы успокоиться, набраться сил, надо дышать ровно и глубоко. Давай попробуем вместе. Глубокий медленный вдох и медленный выдох. «Я дышу глубоко и спокойно, глубоко и спокойно. (10 раз). Что ты почувствовал? Удалось испытать ощущение спокойствия?»

Давай попробуем соединить все ощущения в одном упражнении.

Прими удобную позу, ноги и руки находятся вдоль туловища, шея расслаблена. Тебе хорошо и удобно. Можешь закрыть глаза, а можешь выполнять задание с открытыми глазами. Сконцентрируйся на том, что ты находишься в сенсорной комнате, тебе хорошо и уютно. Сосредоточься на своем дыхании. Оно ровное и глубокое. Делай глубокий вдох и выдох, вдох и выдох. Твое дыхание ровное и спокойное, ровное и глубокое.

Представь себе, что ты идешь по зеленому-зеленому лугу. По мягкой зеленой траве. Тебе хорошо и уютно. Лучики солнца касаются твоей головы, плеч, рук, спины. Ветерок обдувает твои плечи, руки, спину. Тебе хорошо и уютно, хорошо и спокойно. Ты можешь лечь на траву и посмотреть, как белые-белые облака плывут по голубому-голубому небу. Тебе хорошо и спокойно. Каждая клеточка твоего тела расслабляется и отдыхает, получает здоровье и силы. Ты отдыхаешь. Можешь подумать, до чего же хорошо летним теплым днем полежать на мягкой зеленой траве и посмотреть, как белые-белые облака плывут по голубому-голубому небу. Ты отдыхаешь. 3–5 минут. Теперь сделай глубокий вдох, можешь открыть глаза, потянуться, потянуть ладони вдоль кисти.

### **Обратная связь**

Как ты себя чувствуешь? Удалось ли тебе представить луг? Какие у тебя были ощущения? Чтобы ты хотел сказать?

**Домашнее задание.** Нарисуй, что ты представил во время отдыха.



### 3.4. Анкета для мониторинга психологической адаптации у детей школьного возраста (родители)

**Инструкция:** «Уважаемые родители! Просим вас ответить на вопросы анкеты. Это поможет нам в организации лечения ребенка»

1. Укажите фамилию, имя и возраст ребенка.
2. Укажите ваше имя и отчество.
3. С кем вы проживаете? Есть ли еще дети, если да, то какого возраста?
4. Какое у вас образование и специальность?  
С какими трудностями во время данной госпитализации вы столкнулись?
  - а) дефицит информации о заболевании ребенка;
  - б) дефицит знаний о рациональном вскармливании, уходе за ребенком;
  - в) физический дискомфорт в послеродовом периоде;
  - г) бытовые трудности, подчеркнуть (заказ еды, прогулки, личные гигиенические процедуры и др.);
  - д) материальные трудности;
  - е) эмоциональный дискомфорт.
5. Как вы оцениваете качество своего сна:
  - а) тревожный;
  - б) прерывистый сон;
  - в) нормальный;
  - г) проблемы с засыпанием.
6. Успеваете ли вы полноценно питаться?  
Сколько приемов пищи вы осуществляете:
  - а) 1–2 раза в день;
  - б) 3–5 раз в день;
  - в) не считаю;
  - г) ем постоянно.
7. Чем вы занимаетесь в свободное от ухода за ребенком время?
  - а) ручной труд (вязание, вышивание, рисование и т. д.);
  - б) чтение книг;
  - в) просмотр фильмов;
  - г) общение в соцсетях;
  - д) изучение диагноза ребенка;
  - е) сплю;
  - ж) другое \_\_\_\_\_
8. Как вы оцениваете свое собственное физическое/ психологическое состояние?  
Физическое состояние:
  - а) отличное;
  - б) очень хорошее;





- в) посредственное;
- г) неудовлетворительное.

Психологическое состояние:

- а) отличное;
- б) очень хорошее;
- в) посредственное;
- г) неудовлетворительное.

- а) плачу;
- б) замыкаюсь в себе;
- в) делюсь переживаниями с друзьями;
- г) справляюсь со своими эмоциями самостоятельно;
- д) другое \_\_\_\_\_

9. С кем вы можете поговорить, от кого получить эмоциональную и иную поддержку?

10. Хотели бы вы получить консультацию педагога раннего возраста с целью обучения развивающему взаимодействию с ребенком и рекомендации по воспитанию?

11. Хотели бы вы получить консультацию психолога с целью оптимизации своего психологического состояния?

### **3.5. Слова поддержки родителям детей с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями (на примере муковисцидоза)**

***• Родители и родственники больных детей с муковисцидозом имеют право на тяжелые эмоциональные переживания, так как они находятся в особых жизненных обстоятельствах и тратят больше сил, психофизических ресурсов на воспитание ребенка и выполнение медицинских процедур. На преодоление психотравмирующей ситуации, отработку переживаний, связанных с болезнью ребенка, требуется время и значительная внутриличностная работа всех членов семьи.***

В первый год после установления диагноза страх потери ребенка, чувство вины, злость, связанная с жизненной несправедливостью, депрессия необходимы для принятия необратимости ситуации и поиска новых адаптивных установок. Важно понимать, что данная жизненная ситуация является травматичной, поэтому не стоит корить себя за повышенную эмоциональность либо пассивность. Чтобы сохранить здоровье, взрослым необходимо соблюдать психогигиенические нормы и здоровьесберегающее поведение (полноценный сон, питание, реализация личных потребностей). В ситуации патологического горя (когда самостоятельно не удастся справиться с тяжелым эмоциональным переживанием в течение длительного времени) закрепляются неконструктивные способы преодоления стресса, которые негативно влияют на психологическое состояние взрослого, детско-родительские отношения в семье



в целом. В качестве наиболее заметных признаков дезадаптивного поведения выступают такие: повышенная конфликтность в общении с ребенком и близкими родственниками, стремление скрыть от родных негативные переживания или информацию о течении болезни, повышенная эмоциональная лабильность, тревожность, потакание больному ребенку и запрет на удовлетворение собственных потребностей. В целях профилактики такого поведения следует своевременно обращаться за профессиональной консультацией к семейному психологу или психотерапевту.

- ***Тяжелобольной ребенок имеет право на удовлетворение своих возрастных и индивидуальных личностных потребностей, социальную адаптацию в обществе.***

Несмотря на то, что большую часть времени ребенок находится на лечении (дома или в больнице), он, как и его здоровые сверстники, нуждается в эмоционально-теплых отношениях с близкими людьми, удовлетворении потребности в физической и психической активности, познании и новизне. Возможность социальной реализации в различных видах детской деятельности: игре, общении, учебе, рисовании, прикладном искусстве, спорте, музыке, трудовой деятельности — способствует гармоничному формированию личности, расширению спектра реакций приспособления и способов социальной коммуникации, создает ситуацию успеха. Для тяжело болеющего ребенка важно организовать оптимальный режим педагогической нагрузки, чтобы не допустить переутомления. С этой целью полезно проконсультироваться с педагогом-дефектологом. В подростковом возрасте особую роль приобретают дружеские отношения со сверстниками, их поддержка, возможность межличностного общения. Наличие близких друзей, общих интересов существенно повышают самооценку подростка, позитивно влияют на его психологическое состояние.

- ***В ситуации каждодневной борьбы за улучшение состояния здоровья, повышенной ответственности за соблюдение назначенного лечения происходит смещение ценностей «радости удовольствия от общения с ребенком, наблюдения за его развитием и социальным ростом» на ценность «выздоровления или сохранения жизни ребенка».***

Улучшение здоровья тяжелобольного ребенка становится критерием «счастья» как для родителей, так и для самих детей. В ситуации прогрессирующего, с вероятными осложнениями заболевания такая родительская установка невротизирует больного ребенка, истощает его адаптационные резервы.

Поэтому близким не нужно в качестве жизненной цели выбирать выздоровление ребенка. Следует научиться планировать перспективу, достигать осязаемых реалистичных результатов и жить, радуясь позитивным событиям каждого дня.

Ориентация семьи на высшие социальные ценности, творчество, взаимовыручку, дружеские взаимоотношения позволяет расширить мотивационно-потребностную сферу ребенка, укрепить его внутрличностные ресурсы.



- ***В трудной жизненной ситуации следует помнить о том, что вы не одиноки.***

Многие родители имеют детей с тяжелыми, угрожающими жизни болезнями (например, онкологические заболевания). Есть семьи, нуждающиеся в вашем опыте и поддержке. Участие в тематических форумах, группах взаимопомощи, ассоциациях родителей позволит обменяться взаимной информацией и эмоциональной поддержкой, реализовать активную позицию в защиту прав тяжелобольных детей. Специалисты различных ведомств и областей (пульмонологи, гастроэнтерологи, генетики, неврологи, физиотерапевты, диетологи, психологи, социальные работники, юристы) принимают участие в общественной деятельности в целях повышения качества комплексной помощи ребенку и его семье. В этой деятельности можете реализоваться и вы.



## Заключение

Психолого-педагогическое сопровождение детей в процессе адаптации к ситуации госпитализации является одним из основных направлений психолого-педагогической помощи в процессе лечения ребенка в условиях круглосуточного стационара.

Содержание помощи детям определяется сочетанием биологического, социального и психологического факторов, а также психологической готовностью родителей к сотрудничеству (прежде всего, эмоциональными ресурсами взрослых).

Своевременная психолого-педагогическая поддержка по адаптации ребенка к стационару позволяет оптимизировать образ жизни, предупредить развитие дистресса у ребенка и родителей, а также повысить мотивацию семьи к сотрудничеству со специалистами и соблюдению их рекомендаций.

В этой связи в стационарах детских лечебных учреждений требуется организация систематического мониторинга психологического состояния детей, находящихся в группе «риска», и система профилактических психолого-педагогических мер, направленных на их психологическую адаптацию к условиям лечения.



## Список литературы

1. Агаларова К.Н. Субъективные параметры оценки больничной среды и их влияние на психологическое благополучие пациентов // Клиническая и специальная психология. — 2015. — Т. 4. — № 2. — С. 84–97. — URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Agalarova.shtml> (дата обращения: 05.01.2019).
2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. В.В. Старовойтова. — 2-е. изд. — М.: Академический Проект, 2004. — 232 с.
3. Бурмистрова Н.Н. Особенности поведения больных детей при госпитализации и организация воспитательной работы с ними // Психологические вопросы игры и обучения в дошкольном возрасте / Под ред. Д. Б. Эльконина. — М.: Изд-во Академии Педагогических Наук РСФСР, 1957. — С. 135–148.
4. Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б. Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям // Культурно-историческая психология. — 2016. — Т. 12. — № 1. — С. 56–65.
5. Буслаева А.С., Лазуренко С.Б., Свиридова Т.В., Потапов А.С. Психологические особенности подростков с дебютом хронического заболевания // Международный журнал медицины и психологии. — 2020. — Т. 3. — № 4. — С. 84–90.
6. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам. — Дубна: Гос. ун-т «Дубна», 2016. — 144 с.
7. Госпитализм // Большой психологический словарь / Сост. Мещеряков Б., Зинченко В. — М.: Олма-пресс, 2004.
8. Гурьева В.В., Быкова В.И., Валиуллина С.А. Некоторые особенности стрессовой реакции школьников при госпитализации // Психолого-педагогический поиск. — 2022. — № 2 (62). — С. 165–173.
9. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
10. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. — М.: Гардарики, 2005. — 320 с.
11. Киселева М.Г. Если ребенок болеет. Психологическая помощь тяжелобольным детям и их семьям. — М.: Генезис, 2016. — 176 с.
12. Ковалева Н.А., Журавлева В.А., Розумейко Л.А., Ушакова Л.П. Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания в больничном учреждении (на примере Детского клинического центра медицинской реабилитации) // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. — 2020. — № 2. — URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20201/2020105.aspx> (дата обращения: 21.01.2023).
13. Кузнецов В.В. Ребенок поступает в больницу: взгляд врача приемного отделения // Вестник КБ № 51. — 2012. — № 1–2. — URL:



<https://cyberleninka.ru/article/n/rebyonok-postupaet-v-bolnitsu-vzglyad-vracha-priyomnogo-otdeleniya> (дата обращения: 06.02.2023).

14. Куртанова Ю.Е., Щербакова А.М., Хохлова А.Ю., Белозерская О.В., Щербаков А.П., Васильева Е.А., Мамина К.Л. Психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении в условиях изоляции // Вызовы пандемии COVID-19: психическое здоровье, дистанционное образование, интернет-безопасность: сб. материалов. — Т. 1. — М.: Изд-во ФГБОУ ВО «МГППУ», 2020. — С. 196–210.

15. Лазуренко С.Б. Современное состояние и перспективы развития психолого-педагогической помощи в педиатрии // Российский педиатрический журнал. — 2020. — Т. 23. — № 2. — С. 148–154.

16. Лазуренко С.Б. Современное состояние и перспективы развития психолого-педагогической помощи в педиатрии // Российский педиатрический журнал. — 2020. — Т. 23. — № 3. — С. 148–153.

17. Лазуренко С.Б., Намазова-Баранова Л.С., Ртищева М.С., Яцык Г.В., Свиридова Т.В. Рожденные слишком рано. — М.: «АдамантЪ», 2017. — 104 с.

18. Лазуренко С.Б., Симонова О.И., Свиридова Т.В. Психологические аспекты в лечении больных муковисцидозом // Муковисцидоз / Под ред. Н.Ю. Каширской, Н.И. Капранова, Е.И. Кондратьевой. Глава 12. — М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2014.

19. Левченко И.Ю., Волковская Т.Н., Ковалева Г.А. Психологическая помощь в специальном образовании. — М.: Инфра-М, 2017. — 314 с.

20. Мазурова Н.В. Особенности адаптации родителей к болезни ребенка // Российский педиатрический журнал. — 2013. — № 4. — С. 38–43.

21. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. — 2014. — № 1. — С. 107–118.

22. Мамайчук И.И., Миланич Ю.М. Особенности переживания матерью ситуации госпитализации новорожденного в связи с гипоксическим поражением центральной нервной системы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. — 2021. — Т. 11. — № 1. — С. 89–102.

23. Масляная О.В. Психопрофилактика медицинских страхов у дошкольников // Ярославский педагогический вестник. — 2010. — № 4. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihoprofilaktika-meditsinskih-strahov-u-doshkolnikov> (дата обращения: 06.02.2023).

24. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. Всемирная Организация Здравоохранения, 2001. — 347 с.

25. Мордык А.В., Панина Е.В., Кондря А.В., Турица А.А., Руднева Ю.В. Психологические нарушения у детей, находившихся на длительном лечении в противотуберкулезном стационаре, как проявление социальной депривации // Человек и его здоровье. — 2015. — № 4. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-narusheniya-u-detey-nahodivshih-sya-na-dlitelnom-lechenii-v-protivotuberkulyoznom-statsionare-kak-proyavlenie> (дата обращения: 06.02.2023).



26. Никитина Т.П. Разработка и оценка свойств PeDsQL для исследования качества жизни детей 8–18 лет: дис. ... к.м.н.: 14.00.09. Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт детской гематологии». — М., 2005. — 127 с.

27. Пахомова М.А., Бочаров В.В. Особенности переживания матерей, дети которых находятся в реанимационном отделении после проведения плановых и внеплановых оперативных вмешательств // Педиатр. — 2017. — № 5. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-perezhivaniya-materey-deti-kotoryh-nahodyatsya-v-reanimatsionnom-otdelenii-posle-provedeniya-planovyh-i-vneplanovyh> (дата обращения: 06.02.2023).

28. Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. — СПб.: Речь, 2002. — 694с.

29. Райгородский Д.Я. Самосознания и механизмы защиты личности — Хрестоматия. — Самара: Изд. дом «БахрахМ», 2008. — 656 с.

30. Ртищева М.С., Лазуренко С.Б. Психологическое сопровождение семьи ребенка, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии // Альманах Института коррекционной педагогики. — 2017. — № 31. С. 50–59.

31. Свиридова Т.В., Тимофеева А.М., Симонова О.И., Лазуренко С.Б. Психолого-педагогические аспекты в лечении детей с муковисцидозом // Педиатрическая фармакология. — 2014. — № 11 (1). — С. 60–62.

32. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 782 с.

33. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. Часть 2. — М: Медицина, 1959. — 406 с.

34. Трифонова Е.А., Герасимова Л.А. Клинико-психологический аспект адаптации к условиям стационара у детей младшего школьного возраста // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. — 2013. — № 2. — URL: <http://medply.ru/climp> (дата обращения: 21.01.2023).

35. Шариков С.В. Инновации в обучении детей-инвалидов с прогрессирующими заболеваниями и неопределенным прогнозом жизни // Альманах Института коррекционной педагогики. — 2021. — № 44. — URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-44/innovations-in-teaching-disabled-children-with-progressive-diseases-and-uncertain-life-prognosis> (дата обращения: 19.09.2021).

36. Шариков С.В. Создание образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений // Российский журнал детской гематологии и онкологии. — 2015. — Т. 2. — № 4. — С. 65–73.

37. Akşit S., & Cimete G. The effect of nursing interventions on the anxiety level of mothers after admission of their children to the intensive care unit // C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. — 2015. — V. 5 (2). — P. 25–36.

38. Bonn M. The effects of hospitalisation on children: A review // Curationis. — 1994. — V. 17. — P. 20–24.

39. Boyd J.R., Hunsberger M. Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested interventions // Journal of Pediatric Nursing. — 1998. — V. 13. — Issue 330342.



40. Brain D.J., Maclay I. Controlled study of mothers and children in hospital // *British Medical Journal*. — 1968. — V. 1. — P. 278–280.
41. Cassel S, & Paul M.H. The role of puppet therapy on the emotional responses of children hospitalized for cardiac catheterization // *Journal of Pediatrics*. — 1967. — V. 71. — P. 233–239.
42. Çelebi A., Aytakin A., Küçükoğlu S., & Çelebioğlu A. Hospitalized children and play // *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. — 2015. — V. 5 (3). — P. 156–160.
43. Christian B.J. Translational research — The stress and uncertainty of hospitalization and strategies for pediatric nurses to improve the quality of care for children and families // *Journal of Pediatric Nursing*. — 2018. — V. 41. — P. 140–145.
44. Dahlquist L.M., Gil K.M., Armstrong F.D., Ginsberg A. & Jones B. Behavioral management of children's distress during chemotherapy // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. — 1985. — V. 16. — P. 325–329.
45. Daviss W., Mooney D., Racusin R., Ford J., Fleischer A. & McHugo G. Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. — 2000. — № 39 (5). — P. 576–583.
46. Delvecchio E., Salcuni S., Lis A., Germani A. & Di Riso Riso D. Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies, and Pretend Play // *Front. Public Health*. — 2019. — 06 September.
47. Ferguson B.F. Preparing young children for hospitalization: A comparison of two methods // *Pediatrics*. — 1979. — V. 64. — P. 656–664.
48. Foster R.L. & Park J. An integrative review of literature examining psychometric properties of instruments measuring anxiety or fear in hospitalized children // *Pain Management Nursing*. — 2012. — V. 13 (2). — P. 94–106.
49. Goddard A. T., & Gilmer Gilmer M.J. The role and impact of animals with pediatric patients // *Pediatric Nursing*. — 2015. — V. 41 (2). — P. 65–71.
50. Hägglöf B. Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures // *Acta Paediatr Suppl*. — 1999. — V. 88. — P. 72–78.
51. Illingworth R.S., Holt K.S. Children in hospital: Some observations on their reactions with special reference to daily visiting // *Lancet*. — 1955. — V. 269. — P. 1257–1262.
52. Kazak A.E., Kassam-Adams N., Schneider S., Zelikovsky N., Alderfer M. A., Rourke M. An integrative model of pediatric medical traumatic stress // *Journal Pediatric of Psychology*. — 2006. — V. 31. — № 4. — P. 343–355.
53. Kortessluoma R.L., Nikkonen M. "The most disgusting ever": children's pain descriptions and views of the purpose of pain // *Journal of Child Health Care*. — 2006. — V. 10. — P. 213–227.
54. La Greca A. M., Stone W. L., Drotar D., & Maddux J.E. *Pediatric psychology: Some common questions about training*. — Washington, DC: Society of Pediatric Psychology, American Psychological Association, 1987.
55. Lavigne J.V., Burns W.J. *Pediatric psychology*, Gruno & Stratton, 1981.





56. Lum A., Wakefield C.E., Donnan B., Burns M.A., Fardell J. E., & Marshall G.M. Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: A systematic meta-review // *Child: Care, Health and Development*. — 2017. — V. 43 (5). — P. 645-662. doi:10.1111/cch.12475.
57. Lumley N.A., Abeles L.A., Melamed B.G., Pistone L.M. & Johnson J.H. Coping outcomes in children undergoing stressful medical procedures: The role of child - — environment variables // *Behavioral Assessment*. — 1990. — V. 12. — P. 223–238.
58. Mazurek Melnyk B. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations // *Journal of Pediatric Nursing*. — 2000. — V. 15(1). — P. 4–13.
59. MacCarthy D. The under-fives in hospital-a report on the emotional well-being of children aged 0-5 years in hospital // *Nursing Times*. — 1981. — V. 77 (30), suppl. 1–8.
60. McGillicuddy M.C. A study of the relationship between mothers' rooming-in during their children's hospitalization and changes in selected areas of children's behavior. (Doctoral Dissertation. New York Univerity, 1976). Dissertation Abstracts International. — 1976. — V. 37, 700B.
61. Meentken M.G., Riwka del Canho J.E., Beynum I.M., Aenderkerk E.W.C., Legerstee J.S., Lindauer R.J.L., Hillegers M.H.J., Helbing W.A., Moll H.A., Utens E.M. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: the role of trauma type // *Children's Health Care*. — 2021. — V. 50. — P. 272–292.
62. Melamed B.G. & Seigel L.J. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modelling // *Journal of Consulting Clinical Psychology*. — 1975. — V. 43. — P. 511–521.
63. Nagera H. Children's Reactions to Hospitalization and Illness // *Child Psychiatry and Human Development*. — 1978. — V. 9(1). — P. 3–19.
64. Peterson L. Coping by children understanding stressful medical procedures: Some conceptual, methodological and therapeutic issues // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1989. — V. 57. — P. 380–387.
65. Petronio-Coia B. J., & Schwartz-Barcott D. A description of approachable nurses: An exploratory study, the voice of the hospitalized child // *Journal of Pediatric Nursing*. — 2020. — V. 54. P. 18–23.
66. Plank E. Working with children in hospitals; A guide for the professional team (2nd ed.). — Cleveland: Press of Case Western Reserve University, 1971.
67. Prugh D., Staub E., Sands H., Kirschbaum R., Lenihan E. A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness // *American Journal of Orthopsychiatry*. — 1953. — V. 23. — P. 70–106.
68. Rokach A, Matalon R. 'Tails' — A fairy tale on furry tails: A 15-year theatre experience for hospitalized children created by health professionals // *Paediatr Child Health*. — 2007. — V. 12. — P. 301–304.
69. Rokach A. Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children // *Clinical Case Reports and Reviews*. — 2016. — № 2.



70. Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. — 1967. — V. 8. — P. 1–11.
71. Sarman A., & Günay U. The effect of calligraphy/calligraphy practice on the anxiety and depression of children who treated in child and adolescent psychiatry clinic. Institute of Health Sciences. Master's Thesis: İnönü University, 2018.
72. Sarman A., Günay U. The effects of goldfish on anxiety, fear, psychological and emotional well-being of hospitalized children: A randomized controlled study // *Journal of Pediatric Nursing*. — 2022. — Jan-Feb;68:e69-e78.
73. Skipper J., Leonard R. Children, stress, and hospitalization: A field experiment // *Journal of Health and Social Behavior*. — 1968. — V. 9. — P. 275–287.
74. Schwartz H.B., Albino J.E. & Tedesco L.A. Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations // *Journal of Pediatrics*. — 1983. — V. 102. — P. 634–638.
75. Vernon D.T.A. Use of modeling to modify children's responses to a natural potentially stressful situation // *Journal of Applied Psychology*. —1973. — V. 58. — P. 351–355.
76. Vernon D.T.A. Bailey W.C. The use of motion pictures in the psychological preparation of children for induction of anesthesia // *Anesthesiology*. — 1974. — V. 40. — P. 68–72.
77. Vessey J. Children's psychological responses to hospitalization // *Annu Rev Nurs Res*. —2003. — V. 21. — P. 173–201.
78. Waite T.C., Hamilton Hamilton L., O'Brien O'Brien W. A meta-analysis of animal assisted inter- ventions targeting pain, anxiety and distress in medical settings // *Complementary Therapies in Clinical Practice*. — 2018. — V. 33. — P. 49–55.
79. Woodgate R., Kristjanson L.J. My hurts: Hospitalized young children's perceptions of acute pain // *Journal of Pediatric Nursing. Qualitative Health Research*. — 1996. — V. 6. — P. 184–201.
80. Yayan E.H., & Zengin M. Therapeutic play in child clinics // *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*. — 2018. — V. 7 (1). — P. 226–233.
81. Yap J.N. The effects of hospitalization and surgery on children: A critical review // *Journal of Applied Developmental Psychology*. — 1988. — V. 9. P. 349–358.
82. Yılmaz U., Oltuoğlu H., Hanazay B., & Aylaz R. Uğraş terapisinin kronik hastalıklı çocukların durumluk kaygı düzeylerine etkisi. Uluslararası Katılımlı 3 // *Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi*. — Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri, 2011.
83. Young B.M. Dixon-Woods K. Windridg C. & Heney D. Managing Communication with Young People Who Have a Potentially Life Threatening Chronic Illness: Qualitative Study of Patient and Parents // *British Medical Journal*.— 2003. — № 326 (8). — P. 305.