

ДВНЗ «ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА»
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

ДЗЮБИНСЬКА МАРІЯ ЯРОСЛАВІВНА

УДК 159.922.76:159.922.6:371.71

ДИСЕРТАЦІЯ

ВІКОВА ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я
ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

19.00.07 – «Педагогічна та вікова психологія»

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ М. Я. Дзюбинська

Науковий керівник – Гасюк Мирослава Богданівна, кандидат психологічних
наук, доцент

Івано-Франківськ – 2018

АНОТАЦІЯ

Дзюбинська М. Я. Вікова динаміка розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». – ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Івано-Франківськ, 2018.

Дисертацію присвячено комплексному вивченню вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію. Аналіз показників поширеності епілепсії в останні роки в Україні й проблема адаптації хворих дітей указують на актуальність і перспективність дослідження ставлення до здоров'я дітей, хворих на епілепсію. Ставлення до здоров'я характеризується поняттям внутрішня картина здоров'я – складним динамічним утворенням у самосвідомості людини, що містить суб'єктивне уявлення людини про своє здоров'я; усвідомлення своїх біологічних ресурсів і можливостей; самооцінку здоров'я, способи його підтримання та збереження; емоційні переживання, пов'язані із здоров'ям. Внутрішня картина здоров'я дітей, які страждають на епілепсію, формується у процесі розвитку особистості.

Здійснено аналіз теоретичних підходів до розуміння сутності психологічного феномену «внутрішня картина здоров'я». Простежено сучасні тенденції досліджень ставлення до здоров'я в різні вікові періоди розвитку. Розширено й доповнено наукове уявлення про внутрішню картину здоров'я в молодшому шкільному й підлітковому віці та періоді ранньої юності.

Визначено структуру внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, згідно з якою її складають такі взаємопов'язані компоненти: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний, поведінковий.

Ціннісно-мотиваційний компонент передбачає формування в дітей, які хворіють на епілепсію, усвідомлення цінності свого здоров'я та прийняття особистої відповідальності за нього.

Когнітивний компонент являє собою раціональну сторону внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію. Це, насамперед, розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності, знання основних показників, які впливають як негативно, так і позитивно на стан здоров'я.

Емоційний компонент становить чуттєву сторону внутрішньої картини здоров'я, яка виявляється в особливостях і звичних способах переживання людиною власних життєвих ситуацій і ситуацій інших людей, і тим емоційним тлом, яке забарвлює її щоденне існування.

Поведінковий компонент є моторно-вольовою стороною внутрішньої картини здоров'я, яка являє собою конкретні дії людини, її зусилля, спрямовані на збереження й підтримку свого здоров'я.

Встановлено, що оптимальним для теоретико-методологічного дослідження динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, є поєднання системного підходу до вивчення людини й біопсихосоціальної модель здоров'я й хвороби. Згідно з принципом системного підходу, внутрішньої картини здоров'я розглядають як складну систему, ланки якої тісно взаємопов'язані та взаємозалежні.

Створено комплексну стратегію емпіричного дослідження вікової динаміки внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, яка охоплює: дослідження структурних компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, (ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного, поведінкового) у різні вікові періоди; аналіз різноманітних аспектів психологічних станів матерів і їх особливості, залежно від тривалості захворювання дітей; виявлення закономірностей вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.

Емпіричне дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, було здійснене впродовж 2014-2017 років на базі Івано-франківської обласної дитячої клінічної лікарні. У дослідженні взяли участь діти віком від 7 до 18 років, яким лікарі-неврологи виставили діагноз – ідіопатична генералізована епілепсія. Діти були поділені на три групи за віковими періодами розвитку: молодший шкільний і підлітковий вік, період ранньої юності. Для дослідження важливим є додаткова діагностика близьких дітей, хворих на епілепсію, тому частину вибірки становили матері.

У результаті емпіричного дослідження визначено закономірності формування всіх компонентів внутрішньої картини здоров'я хворих на епілепсію, на різних вікових етапах їх розвитку.

Доведено, що в досліджуваних молодшого шкільного віку когнітивний компонент характеризується недостатніми знаннями й диференційованістю уявлень про здоров'я. Дії спрямовані на збереження здоров'я, представлені в поведінковому компоненті, на цьому віковому етапі контролюються батьками. На формування ціннісно-мотиваційного компоненту істотний вплив має сім'я. Гіперопіка, перебільшені страхи, відсутність необхідного знання в матерів дітей молодшого шкільного віку призводять до високого рівня тривожності, переважання у досліджуваних егоцентричного, іпохондричного й сенситивного типів ставлення до хвороби, що негативно відображається на емоційному компоненті. Молодші школярі перебувають у великій емоційній залежності від своїх батьків, тому психологічна допомога повинна бути спрямована на зменшення страху, зниження чутливості та зміни зосередженості з неприємних відчуттів на ресурсах як у дітей, хворих на епілепсію, так і в їхніх батьків.

З віком відчуття постійного страху та відсутність необхідних знань про своє здоров'я заважає дітям із епілепсією взаємодіяти в референтних групах, робить їх дратівливими й недовірливими. У підлітковому періоді така поведінка виявляється в захисних реакціях. Ціннісно-мотиваційний компонент

внутрішньої картини здоров'я підлітків, хворих на епілепсію, характеризується тим, що вони розглядають здоров'я як найбільшу цінність, яка залежить від матеріального достатку людини. У підлітків розвивається прагнення до самореалізації, виражене через волю до здоров'я. У них покращуються знання про здоров'я та особливості хвороби, що відображаються у когнітивному компоненті. Починаючи з підліткового віку, хворі на епілепсію наголошують, що для того щоб бути здоровими їм потрібно самим піклуватися про своє здоров'я. Поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я підлітків, хворих на епілепсію, пов'язаний із їх активною позицією щодо вилікування. Зміни періоду статевого дозрівання відображаються на емоційному компоненті та у поведінці за типом «дратівливої слабкості», тому вони схильні шукати причини погіршення здоров'я в зовнішніх чинниках.

Найкращі показники когнітивного компоненту внутрішньої картини здоров'я в досліджуваних періоду ранньої юності пояснюються їх чіткішими уявленнями про причини та ознаки погіршення здоров'я. Вони усвідомлюють і відкрито повідомляють про свої дії, які шкодять здоров'ю, але не прагнуть їх виправити, що вказує на потребу оптимізації ціннісно-мотиваційного компоненту. Незважаючи на те, що у період ранньої юності, епілептики мають більше досвіду та володіють кращими знаннями про особливості хвороби, в ставленні до лікування й підтриманні свого здоров'я, представленими у поведінковому компоненті, вони виявляють менший інтерес. Неспівпадіння їх поглядів із думками інших людей, втома від лікування та втрата віри в одужання призводять до негативних змін емоційного компоненту, результатом яких є ейфорійний чи апатичний типи ставлення до хвороби.

Визначено, що в лікувально-реабілітаційному процесі дітей, хворих на епілепсію, велике значення відведене матерям, які безпосередньо здійснюють лікувально-реабілітаційні заходи й детермінують розвиток ВКЗ. Ситуація хвороби дитини вимагає від матері великих затрат енергії, в неї знижується

тонус, з'являється втома, погіршується працездатність. Ідентифікація себе з дитиною знижує її самооцінку й створює негативний образ себе, особливо на перших етапах захворювання дитини. Стан пригніченості й безпорадності відображається на зниженні здатності отримувати задоволення від життя, погіршенні психічної активності, підвищенні рівня тривожності.

Аналіз результатів емпіричного дослідження показав, що епілепсія в дітей негативно впливає на якість життя, психоемоційний стан і соціальну активність їхніх матерів. Наявність захворювання змінює взаємостосунки як усередині сім'ї, так і за її межами. Виявлено, що матері гостро сприймають біль дітей, пов'язаний із хворобою. Все це знаходить відображення на ставленні дітей, хворих на епілепсію, до свого здоров'я й хвороби. Встановлено, що типи реагування дітей на хворобу пов'язані з показниками суб'єктивної оцінки якості життя їхніх матерів. Досліджуваним усіх вікових груп притаманні типи ставлення до хвороби, які характеризують наявністю дезадаптивної поведінки, така поведінка веде до порушення їх соціального функціонування, що вказує на потребу психологічної допомоги.

Отримані результати емпіричного дослідження довели необхідність створення й впровадження корекційно-розвивальної програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію. Авторська програма розроблена з урахуванням особливостей вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, їх психологічних характеристик і мікросоціальних умов, які детермінують ставлення до здоров'я.

Програма спрямована на формування в дітей, хворих на епілепсію, та їхніх матерів навичок і умінь подолання труднощів, пов'язаних із хворобою; підтримку зусиль, спрямованих на оптимізацію ВКЗ, та мотивації до ведення здорового способу життя; підвищення інформованості про здоров'я та хворобу; розширення ресурсів і можливостей; мобілізацію особистості до життєвої активності; покращення якості життя.

Ефективність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, підтверджують отримані результати. Після проходження програми учасники всіх вікових груп зазначили підвищення самооцінки та мотивації до ведення здорового способу життя, розширення та уточнення життєвих цілей і перспектив, які характеризують ціннісно-мотиваційний компонент; краще розуміння себе, своїх емоцій та переживань пов'язаних із здоров'ям, представлені в емоційному компоненті; поглиблення знань про здоров'я, зміну світоглядного розуміння здоров'я й хвороби, що відображено у когнітивному компоненті; вони розвинули вміння виділяти успішні стратегії збереження і зміцнення здоров'я, які сприяють підвищенню їх життєвої активності, розширюють сфери діяльності й оптимізують поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я.

Ключові слова: внутрішня картина здоров'я, діти, хворі на епілепсію, молодший шкільний вік, підлітковий вік, період ранньої юності, компоненти внутрішньої картини здоров'я – ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний, поведінковий.

SUMMARY

Dziubynska M.Ya. Age dynamics of the inner health look of the children with epilepsy. – Qualification research work based on the manuscript.

A dissertation for the degree of a candidate of psychological sciences (Doctor of Psychology) by the specialty 19.00.07 “Pedagogical and aged psychology”. – State Higher Institution “Vasyl Stefanyk Precarpathian national university”, Ivano-Frankivsk, 2018.

The dissertation reveals a complex study of age dynamics of developing the inner health look of the children with epilepsy. Analysis rates of spreading epilepsy in Ukraine in the last-year period and the problem of adaptation of the sick children indicates the actuality and the prospect of research how to treat the children with epilepsy. Treating the health is characterized by determining the inner health look, it means a complex dynamic formation in an individual consciousness that includes

objective personal imagination of his/her health; comprehension of their biological features and abilities; their health self-estimation, the ways to keep and save it; emotional worries related to the health. the inner health look of the children with epilepsy is formed while the person develops.

The analysis of theoretical approaches to understand the sense of psychological phenomenon “inner health look” has been made. Contemporary tendencies of researching treating the health at all developing age have been observed. There have been increased and applied a scientific view on the inner health look of the children with epilepsy at junior school age and the adolescence and in early youth.

There also have been determined the structure of the inner health look of the children with epilepsy, due to which it consists of the following interrelated components as valuable-motivated, cognitive, emotional, conductive.

A valuable-motivated component makes the children with epilepsy form the comprehension appreciating their health and taking personal responsibility for it.

A cognitive component is a rational side of the inner health look of the children with epilepsy. It means that they understand the role of health in their life activity; they learn some principal indicators affecting positively and negatively their health condition.

An emotional component is a sensitive side of the inner health look revealed in forms and usual ways of worrying personal life situations and other people's ones. It is also such emotional background that illustrate a person's routine life.

A conductive component is a motoric-desirable side of the inner health look that means particular individual actions and efforts directed to keep and support his/her health. Встановлено, що оптимальним для теоретико-методологічного дослідження динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, є поєднання цілісного системного підходу до вивчення людини та біопсихосоціальної модель здоров'я і хвороби. Згідно з принципом

системного підходу, внутрішньої картини здоров'я розглядають як складну систему, ланки якої тісно взаємопов'язані та взаємозалежні.

Been designed a strategy of empirical research of age dynamics of the inner health look of the children with epilepsy includes the followings: research of structural components of age dynamics of the inner health look of the children with epilepsy (valuable-motivated, cognitive, emotional, conductive) in all age periods; the analysis of various aspects of psychological conditions of their mothers and their peculiarities, depending on the duration of their children's disease; revealing regularities of the age dynamics of developing the inner health look of the children with epilepsy.

The empirical research of the age dynamics of developing the inner health look of the children with epilepsy was carried on within the years 2014-2017 on the basis of Ivano-Frankivsk regional children clinic. The examined participants were the children at the age of 7-18 who had got a diagnosis of idiopathic generalized epilepsy by their doctor-neurologists. The children were divided into three groups due to their aged development: junior school and adolescence age, early youth age. The most important for the research is additional examining the children's with epilepsy close relatives, that's why some part of the participants was their mothers.

It has empirically been determined some fundamentals of forming all components of the inner health look of the children with epilepsy at their all ages.

It has been proved that the examined children of younger age possess a cognitive component characterized by the lack of knowledge and the differentiation of health imagination. The actions directed to keep the health presented in a cognitive component are controlled by their parents at this stage. A family unit has a strong impact on forming the entire motivated component. Hyperopic, increased fears and the lack of required knowledge among the children's with epilepsy mothers cause high worrying rate. It also leads to a great amount of egocentric, hypochondriac and sensitive type of treating the health among the examined children, and it affects much the emotional component. Younger school children are

emotionally dependent on their parents, that's why psychological help should face releasing fear, sensitiveness and replacing children's with epilepsy concentration on unpleasant feeling with the resources together with their parents.

When growing up, the feeling of permanent fear and the lack of knowledge about their health interfere the children with epilepsy to interact in the referent groups, make them irritated and non-trustable. In adolescence such behavior can be seen in their defensive reactions. Valuable-motivated component of the inner health look of the teens with epilepsy is characterized by the fact that they consider their health to be a greatest value, which depends on the individual's abundance. Teens develop an intention to self-realization expressed by a great desire of health. They've got better knowledge about health and the disease's features reflected in a cognitive component. Being of teen age the children with epilepsy claim that they should care of their health in order to be healthy. A conductive component of the inner health look of teens with epilepsy is related to their actual view on recovery. Some changes in the puberty period are reflected on emotional component, and also their behavior of the type "irritable weakness", so they are capable to look for the reasons of releasing their health from outer.

The best indicators of a cognitive component of the inner health look of the examined children of early youth can be explained by their clearer imaginations of the reasons and features of releasing their health. They realize and frankly inform about their actions that harm their health. But they don't intend to treat them that indicates the need to optimize valuable-motivated component. In spite of the fact that being at the age of early youth the children with epilepsy have got more experience and better knowledge about their disease's features, treating the way of being cured and keeping their health safe. And all of this they present by a conductive component and take less interest to it. The fact that they have different views from other people cause negative changes in an emotional component. In the result of these changes there is aphonic or apathetic way of treating their health.

It has been defined that in the process of treating and rehabilitation of the children with epilepsy, a great attention is paid to their mothers who directly provide treating rehabilitation and determine the development of age health look. The situation with the sick child requires his/her mother's more energy, she has got a low tonus, tiresome, low productivity. Identifying her together with a child reduces her self-esteem and creates a negative self-image especially in the first period of her child's disease. Feeling depressed and helpless she can't be satisfied with the life, be emotionally inactive and be extremely worried.

Having considered the results of the empirical research, we can see that epilepsy has a negative impact on the quality of the children's life and their mothers' psychologic-emotional condition and social activity. Presence of the disease can change relationship inside the family and beyond it. It has been revealed that the mothers acutely perceive their children's pain related to the disease. All this can be seen in the children's with epilepsy treating their health and disease. It has been determined that ways of the children's reaction to their disease are combined with the individual estimation rates of their mothers' quality life. The examined of all age groups are characterized by treating their disease as those who have got a non-adaptive behavior. Such behavior leads to destroying their social existence that indicates the need for psychological help.

The received results of empirical research proved that it is necessary to fulfil the program of optimizing the inner health look of the children with epilepsy. An individual program was developed considering the peculiarities of the age dynamics of the inner health look of the children with epilepsy, their psychological features and micro-social conditions, which determine their treating the disease.

The program to optimize the inner health look of the children with epilepsy was developed to help the sick children and their mothers form skills and abilities of coping with troubles due to their disease, and the efforts directed to optimize the inner health look, and also the motivation to live a healthy life. The program also help them learn more about their health and disease, increase resources and

possibilities, be more mobilized to the life activity as a personality and rise the quality of their life.

The received results prove the effectiveness of the program of optimizing the inner health look of the children with epilepsy. Having passed this program, all age groups' participants showed rising their self-esteem and motivation to live a healthy life, putting and differentiating their life goals and perspectives, which characterize valuable-motivated component. They also present better self-understanding, feeling their emotions related to health that are presented in an emotional component. They have deeper knowledge about their health, change their view on health and disease that is reflected in a cognitive component. They also have developed the ability to select beneficial strategies of keeping and saving their health, which make their life activity rise, increase the spheres of their activity, and optimize a conductive component of their inner health look.

Key words: the inner health look of the children with epilepsy, junior school age, the adolescence, early youth age, components of the inner health look – valuable-motivated, cognitive, emotional, conductive.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА, У ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Дзюбинська М. Я. Формування внутрішньої картини здоров'я у дітей хворих на епілепсію. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2015. Т. 11, Вип. 15. С. 127–135.

2. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Оцінка якості життя батьків дітей, хворих на епілепсію. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки: збірник наукових праць / за ред. Н. О. Євдокимової*. Миколаїв, 2017. № 1 (17). С. 47–50.

3. Дзюбинська М. Я. Особливості структури внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Психологічний часопис*: зб. наук. праць. Київ, 2017. № 3(7). С. 26–35.

URL: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/52> (дата звернення: 06.07.2017).

4. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Домінуючий психоемоційний стан матері дитини, хворої на епілепсію: емпіричне дослідження. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський, 2017. Вип. 38. С. 83 – 94.

5. Дзюбинська М. Я. Внутрішня картина здоров'я дітей хворих на епілепсію: емпіричне дослідження. *Педагогічний процес: теорія і практика (серія: психологія)* № 1(56), 2017. С. 112–118.

6. Дзюбинська М. Я. Психоемоційний стан батьків як чинник формування внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя*: зб. наукових статей Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Луцьк, 2016. С. 161–165.

7. Дзюбинська М. Я. Підвищення компетенції членів сім'ї дитини з епілепсією щодо вікової динаміки перебігу хвороби. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин*: матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. конф., 23 квіт. 2016 р. Кам'янець-Подільський, 2016. С. 41 – 43.

8. Дзюбинська М. Я. Психологічний портрет дитини, хворої на епілепсію. *Теорія і практика актуальних наукових досліджень*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 жовтня 2017 р. Львів, 2017. С. 82 – 84.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	16
ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ.....	25
1.1. Основні підходи до вивчення поняття «внутрішня картина здоров'я»	25
1.2. Структура внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.....	34
1.3. Психологічна характеристика дітей, хворих на епілепсію.....	44
1.4. Вплив віку на формування внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.....	51
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВОЇ ДИНАМІКИ РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ	62
2.1. Концептуальна модель розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію	62
2.2. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію ..	69
2.2.1. Характеристика вибірки та етапи емпіричного дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.....	69
2.2.2 Обґрунтування та опис методів дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.....	75
2.3. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію: результати констатувального дослідження	85
2.3.1. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію	85

2.3.2. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків, хворих на епілепсію.....	93
2.3.3. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я хворих на епілепсію в період ранньої юності	99
2. 4. Роль матерів у формуванні внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.....	105
2.5. Тенденції розвитку внутрішньої картини здоров'я у дітей, хворих на епілепсію.....	119
РОЗДІЛ 3. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ	134
3.1. Обґрунтування доцільності програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію	134
3.2. Модель організації програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію	145
3.3. Методика реалізації програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію	151
3.4. Результативність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.....	162
ВИСНОВКИ.....	174
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	178
ДОДАТКИ.....	190

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВКЗ – Внутрішня картина здоров'я.

ВКХ – Внутрішня картина хвороби.

ЗСЖ – здоровий спосіб життя.

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я є найбільшою цінністю кожної людини та суспільства загалом. Із розвитком психологічної науки та практики зростає актуальність досліджень ставлення індивіда до свого здоров'я. Однією з найпоширеніших хвороб в Україні є епілепсія, розповсюдженість якої в останні роки значно зросла. У 5% населення впродовж життя трапляється не менш як один епілептичний напад, у 70% хворих епілепсія дебютує в дитячому та підлітковому віці. На сьогодні в Україні більше 25 тисяч дітей є хворими на епілепсію. Зважаючи на це, гостро постають проблеми психологічної реабілітації дітей, хворих на епілепсію, та їх адаптації в соціумі.

Особливістю епілепсії в дітей, порівняно з іншими хронічними захворюваннями, є те, що вона негативно впливає на соціальне життя, обмежує поле діяльності, накладає відбиток на сферу взаємин. Діти, хворі на епілепсію, зіштовхуються з багатьма психосоціальними проблемами, що визначають їх ставлення до навколишньої дійсності та самих себе, в тому числі і ставлення до свого здоров'я.

Суб'єктивні оцінки здоров'я значною мірою впливають на поведінку хворого в лікувальному процесі. Ставлення до здоров'я, що полягає в усвідомленні його цінності та активно-позитивному прагненні до його поліпшення, виражається через психологічний феномен – внутрішню картину здоров'я (ВКЗ).

В українській і зарубіжній літературі проблему внутрішньої картини здоров'я досліджували в межах теорії соціальних уявлень про здоров'я та хвороби (С. Московічі, К. Херцл), когнітивних репрезентацій хвороби і здоров'я (С. Бішоп, Г. Льовенталь, Ш. Тейлор), у наративній психології (Д. Брунер, А. Клейнман, Ш. Маттінглі). Вплив суб'єктивної оцінки здоров'я на поведінку вивчали В. А. Ананьєв, Х. С. Виховський, С. М. Кубш, С. Р. Сакс. У науковий

обіг термін «внутрішня картина здоров'я» увів В. Є. Каган. На формування цього поняття вплинули праці Р. А. Лурії, В. М. Смірнова й Т. Н. Рєзнікової.

Виток уявлень про роль внутрішньої картини здоров'я в життєдіяльності особистості здійснили сучасні науковці В. В. Блюм, І. Б. Бовіна, А. М. Ковальчук, О. С. Кочарян, В. В. Кришталь, А. В. Кукуруза, О. С. Лісова, М. В. Маркова, Г. С. Нікіфоров, М. М. Пустовойт, Н. Є. Тараненко та інші. В англomовній науковій літературі домінує концепція «сприйняття здоров'я (perception of health)», у межах якої дослідження проводили М. Е. Авіла, Р. Гудвін, Д. У. Заїдель, Ч. Петерсон, В. А. Рейс та ін. Проте більшість робіт цих авторів присвячено вивченню внутрішньої картини здоров'я дорослих осіб, у яких уже сформоване певне ставлення до здоров'я. Тому дослідження динаміки розвитку ставлення до здоров'я дітей і підлітків, а особливо тих, хто страждає на епілепсію, є надзвичайно актуальними для сучасної науки.

Існує потреба оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію. Важливо підкреслити, що врахування чинників розвитку внутрішньої картини здоров'я в контексті вікових особливостей особистості виступає необхідною умовою надання ефективної психологічної допомоги дітям, хворим на епілепсію.

Важливими детермінантами формування внутрішньої картини здоров'я є ставлення до дитини найближчого соціального оточення, насамперед, її сім'ї. На нинішньому етапі в Україні проблеми сімей, які виховували дітей з особливими потребами, розглядались у працях Т. П. Вісковатової, М. І. Мушкевич, Н. І. Погорільської, М. І. Радченко та ін. Ці дослідження присвячені встановленню особливостей функціонування таких сімей, психотравмувального впливу народження та виховання дитини з особливими потребами на членів сім'ї, зокрема, реакції батьків на хворобу своїх дітей. Недостатньо уваги приділено вивченню сприйняття ситуації хвороби дітьми та ставленню їх до свого здоров'я.

Актуальність та перспективність зазначеної проблематики зумовили вибір теми дослідження «Вікова динаміка розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри загальної та клінічної психології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» на 2012-2017 рр. «Інноваційні психотехнології сприяння особистісному благополуччю» (державний реєстраційний номер 0112U001020). Тему затверджено Вченою радою вищевказаного навчального закладу (протокол № 11 від 09 грудня 2014 р.).

Мета – встановити особливості вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, та розробити програму її оптимізації.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз змісту феномену «внутрішня картина здоров'я» у єдності структурних компонентів: ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного та поведінкового.
2. Проаналізувати вікові особливості формування внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, та сформулювати вихідні засади емпіричного дослідження динаміки її розвитку.
3. Емпірично дослідити вікову динаміку розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію; виявити закономірності її формування; на основі результатів дослідження визначити напрямки корекції внутрішньої картини здоров'я на кожному віковому етапі життя дитини.
4. На основі емпіричного дослідження, з урахуванням особливостей вікової динаміки розвитку ВКЗ, розробити й апробувати корекційно-розвивальну програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.

Об'єкт дослідження – внутрішня картина здоров'я дітей, хворих на епілепсію.

Предмет дослідження – особливості вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.

Для реалізації поставлених завдань і досягнення мети роботи використано **методи дослідження**: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення основних положень теоретико-методологічних підходів до вивчення досліджуваної проблематики та отриманих у їх межах наукових даних; *емпіричні* – бесіда, структуроване інтерв'ю; методи математико-статистичної обробки та інтерпретації результатів емпіричних даних – порівняльний, кореляційний аналізи та контент-аналіз, знаходження достовірності відмінностей за допомогою t-критерію Стьюдента та F-критерію Фішера; засоби статистичної обробки – комп'ютерний пакет SPSS 13.0 for Windows та MS Excel.

У процесі розв'язання поставлених завдань було використано такі методики дослідження: авторський опитувальник для дітей і підлітків «Діагностика ВКЗ», який дозволяє виявити особливості внутрішньої картини здоров'я; методику ЛОБІ призначену для визначення типів психологічного реагування на хворобу; опитувальник Спілбергера-Ханіна для самооцінки особистісної та ситуативної тривожності; проективну методику «Вибір цінностей і пріоритетів», яка дає змогу простежити динаміку зміни цінності та значення здоров'я; проективну методику «Асоціації», яка відображає ставлення до здоров'я; складання розповіді на тему «Моє здоров'я», що виступило індикатором усіх компонентів внутрішньої картини здоров'я; методику визначення домінантних станів матерів дітей, хворих на епілепсію (Л. В. Куліков); опитувальник В. Ю. Рибнікова «Прогноз-2», який визначає рівень нервово-психічної стійкості; коротку форму оцінки здоров'я (MOS SF-36), що дозволяє застосувати загальні критерії визначення якості життя матерів; шкалу

депресії А. Бека як показник рівня вираженості депресії у матерів; шкалу безнадійності А. Бека, яка виражає ставлення матерів до майбутнього.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося упродовж 2015-2017 років на базі Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Вибіркова сукупність становила 268 осіб, з яких 134 дитини віком від 7 до 18 років (64 – жіночої та 70 – чоловічої статей), а також 134 матері. Всі діти були поділені на три групи за віковими періодами, до першої групи увійшло 40 осіб, другої – 46, третьої – 48.

Наукова новизна та теоретична значущість дисертаційної роботи полягає в тому, що вперше:

- виявлено найбільш значущі соціально-психологічні детермінанти формування внутрішньої картини здоров'я в дітей, хворих на епілепсію: вікові особливості дітей, хворих на епілепсію, типи ставлення до хвороби; психоемоційні стани матерів та сприйняття ними стану здоров'я дітей;
- встановлено залежність психоемоційного стану матерів від тривалості захворювання дитини та вплив цього стану на ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти ВКЗ;
- з'ясовано особливості внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, в різні вікові періоди; визначено особливості вікової динаміки кожного з компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію;
- визначено напрямки корекції внутрішньої картини здоров'я на кожному віковому етапі розвитку дитини;
- розширено та доповнено наукове уявлення про внутрішню картину здоров'я та її структуру в молодшому шкільному й підлітковому віці та періоді ранньої юності; здійснено цілісний аналіз особливостей внутрішньої картини здоров'я в дітей, хворих на епілепсію;
- розроблено комплексну стратегію емпіричного дослідження вікової динаміки внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію;

– аргументовано доцільність застосування системного біопсихосоціального підходу до оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію та доведено її ефективність;

– розроблено й апробовано авторську програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію;

Практичне значення роботи вбачаємо в тому, що її результати (зокрема, теоретичні узагальнення, виявлені структурні компоненти внутрішньої картини здоров'я, сформовані критерії психологічної діагностики внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, та дані емпіричних досліджень) можна використати при викладанні навчальних дисциплін «Психологія розвитку», «Клінічна психологія», «Психологія здоров'я», «Диференціальна психологія» у вищих навчальних закладах; у роботі практикуючих психологів, консультантів, психотерапевтів, соціальних працівників та ін.

Створена авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, сприятиме покращенню ефективності профілактичних заходів і лікувально-реабілітаційного процесу дітей, хворих на епілепсію, та адаптації їхніх сімей, а також мобілізації всіх неспецифічних чинників лікувальної ситуації для посилення терапевтичного впливу.

Особистий внесок здобувача полягає в побудові стратегії дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію; підборі блоку психодіагностичних методів, які дозволяють здійснити цілісну оцінку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію; встановленні взаємозв'язків вікових особливостей і характеристик психоемоційного стану матерів з внутрішньою картиною здоров'я досліджуваних; адаптації результатів теоретичного й емпіричного дослідження до практичної роботи психолога; створенні й апробації програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.

При підготовці статті «Оцінка якості життя батьків дітей, хворих на епілепсію» у співавторстві з М. Б. Гасюк внесок автора дисертації полягає в

теоретичній розробці ідей публікації, плануванні та проведенні емпіричного дослідження, обробці результатів та їх інтерпретації. У статті «Домінуючий психоемоційний стан матері дитини, хворої на епілепсію» у співавторстві з М. Б. Гасюк дисертантом обґрунтовано ідею про те, що успішність лікувально-реабілітаційного процесу дитини, хворої на епілепсію, залежить від психоемоційного стану її матері.

Надійність та достовірність результатів дослідження забезпечені послідовною реалізацією теоретичних положень; використанням валідних і надійних взаємодоповнювальних методик, що відповідають меті та завданням наукової роботи, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих результатів, застосуванням адекватних методів математичної статистики.

Апробація результатів дисертації. Основні положення й результати дисертаційної роботи були опубліковані в 5 наукових статтях та представлені на 4 міжнародних науково-практичних конференціях: «Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі власного життя» (Луцьк, 2016); «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Кам'янець-Подільський, 2016); «Психологія національної безпеки» (Львів, 2017); «Теорія і практика актуальних наукових досліджень» (Львів, 2017). Окремі розділи та дисертацію обговорено на розширеному засіданні кафедри загальної та клінічної психології (протокол № 6 від 23 січня 2018р.)

Результати дослідження впроваджено в практичну роботу Центру ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні.

Публікації. Основний зміст і результати дослідження відображено в 9 наукових працях (2 – у співавторстві), з яких 4 – у виданнях, що включені до переліку фахових у галузі психології, 1 – у виданні, що внесено до реєстру міжнародних наукометричних баз, 4 – у збірниках матеріалів наукових конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 120 найменувань (із них – 93 іноземними мовами), та 12 додатків на 62 сторінках. Робота містить 14 таблиці та 36 рисунків. Основний зміст роботи викладено на 160 сторінках; загальний обсяг дисертації становить 250 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

У розділі представлено теоретичний аналіз досліджень ставлення до здоров'я. Розкрито зміст феномену «внутрішньої картини здоров'я», проаналізовано погляди українських і зарубіжних психологів щодо цього поняття. Визначено структуру внутрішньої картини здоров'я. З'ясовано психологічні й вікові характеристики дітей, хворих на епілепсію.

1.1. Основні підходи до вивчення поняття «внутрішня картина здоров'я»

Збереження здоров'я індивіда й нації в цілому не може бути забезпечене тільки за допомогою медицини, без розвинених соціальних та індивідуальних уявлень про адекватну поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Важливим завданням є дослідження сфери переживання суб'єктом себе як здорової особистості [103].

Ще Ібн Сіна (Авіценна) підкреслював необхідність не тільки вивчення й лікування хвороб, а й наукового опанування основ здоров'я, ретельного дослідження «способу життя здорових людей». Він виділив у медичній науці дві частини – теоретичну і практичну. Остання, своєю чергою також містить два складника. Це, по-перше, «вивчення режиму здорових тіл» – розділ, присвячений питанням збереження здоров'я або «наука збереження здоров'я» і, по-друге, «знання режиму хворого тіла» – дисципліна, яка вказує «шлях повернення до здорового стану», позначена як «наука лікування» [2, с. 293]. Так, багато століть тому феноменологія здоров'я знайшла статус самостійної й автономної галузі емпіричного дослідження.

Важливість вивчення суб'єктивної сторони захворювання підкреслювали у своїх роботах як вітчизняні так і зарубіжні дослідники. Представники

психосоматичного напрямку намагаються дати відповідь на дане запитання з позиції психоаналізу, висувуючи теорію аутопатології (Dunbar, 1936; Alexander, 1950), згідно з якою відповідальним за виникнення хвороби є сама людина.

В центрі уваги соматопсихічного напрямку знаходилося питання впливу соматичної хвороби на особистість, його представниками були П. Б. Ганнушкін, В. А. Гиляровський, С. С. Корсакова, Е. К. Краснушкіна [79, с. 70].

Завдання дослідження суб'єктивної сторони захворювання було поставлене ще в минулому столітті в роботах М. Я. Мудрова (1949). Автор підкреслював те, що для правильного лікування хворого необхідно пізнати, по-перше, самого хворого, потім дізнатися причини, які впливають на його тіло і душу, нарешті, досягнути все, що стосується хвороби [93].

Роботи М. Я. Мудрова, Г. А. Захаріна, П. Б. Ганнушкіна сприяли появі цілісного підходу в дослідженні хворого, який передбачає ретельне вивчення і правильне розуміння ролі особистості при виникненні того чи іншого захворювання [79, с. 71].

Результати дослідження С. Р. Сакс та співавторів показали, що суб'єктивне сприйняття рівня свого здоров'я є набагато кращим показником появи й перебігу депресії, ніж об'єктивні показники захворювання [113, с. 38]. Дослідження К. Каллахан і Дж. Секрест довели, що сприйняття здоров'я (perception of health) є мірою успішності психосоціальної реабілітації хворих з кардіоваскулярною хворобою [106]. Подібні висновки зробили й Я. А. Маттера зі співавторами [56, с. 86].

Вчені Х. С. Вічовські й С. М. Кубш довели, що суб'єктивні оцінки здоров'я впливають на поведінку хворого в лікувальному процесі. Вони показали, що існує пряма кореляція між сприйняттям власного здоров'я (self-perception of health) і згодою з лікувальним режимом – комплаєнтністю [119, с. 550].

Як зазначає В. А. Ананьєв, активна позиція пацієнта й готовність прийняти відповідальність за своє здоров'я є необхідними умовами досягнення позитивних результатів як у профілактиці, так і в лікуванні хвороб [5, с. 119].

Все це свідчить про важливість і актуальність вивчення ставлення індивіда до свого здоров'я, що найкраще відображене в понятті «внутрішня картина здоров'я». З метою розкриття й поглиблення змісту цього поняття ми провели теоретичний аналіз, узагальнення й систематизацію наукової літератури з досліджуваної проблематики.

Усебічне наукове вивчення проблеми реакцій хворого на своє захворювання було розпочато з праць німецького лікаря А. Гольдшейдера. У 1926 році він висунув ідею про аутопластичну картину захворювання. На думку вченого, аутопластичну картину хвороби створює сам хворий на основі сукупності його відчуттів, уявлень і переживань, пов'язаних з його фізичним станом. А. Гольдшейдер виокремив два рівні в картині захворювання: «сенситивний», який виникає на основі відчуттів, та «інтелектуальний», що є результатом розмірковувань людини про свій фізичний стан [61, с. 157].

Розвиток ідеї А. Гольдшейдера про аутопластичну картину захворювання продовжив Р. А. Лурія, який у 1944 році писав про важливість вивчення суб'єктивної сторони захворювання. Робота вченого, присвячена проблемі внутрішньої картини хвороби, була перевидана в 1977 році. Р. А. Лурія вказував на те, що знання скарг, переживань і змін характеру хворого так само важливе для ставлення діагнозу, як і результати об'єктивного дослідження його хвороби [79, с. 71].

Вчені Р. Конечний і М. Боухал (1982) також використовували поняття «аутопластична картина хвороби», підкреслюючи не тільки «горизонтальне розчленування» картини хвороби, але й «вертикальне»: раціональні компоненти здебільшого несвідомо керовані емоційними процесами; зв'язок між суб'єктивним і об'єктивним складний та не прямолінійний [91, с. 645].

Вивчення суб'єктивної сторони захворювання представлено в роботах багатьох авторів, в яких було запропоновано безліч термінів – «усвідомлення хвороби» (Е. К. Краснушкін, 1950; А. С. Познанський, 1966), «ставлення до хвороби» (Л. Л. Рохлін, 1957, К. А. Скворцов, 1958), «аутогенне уявлення про хворобу» (М. Балінт, 1960), «соматозогнозія» (Ю. Г. Зубарьов, А. В. Красенко, 1980) [51], «переживання хвороби» (В. В. Ковальов, Е. А. Шевальов, 1972), «реакція на хворобу» (Д. Д. Федотов) [79, с. 72], «позиція особистості до хвороби» (Я. П. Фрумкін, І. А. Мізухін, 1970), «образ власного захворювання» (Дж. Хесцен-Клеменс, 1979) [91, с. 645]. Однак метааналіз згаданих концепцій дозволяє встановити, що кожне поняття описує і пояснює лише один аспект такого складного явища, як суб'єктивна реакція на хворобу [79]. З метою більш повного відображення цього феномену, Р. А. Лурія запропонував поняття «внутрішня картина хвороби» (ВКХ).

Під внутрішньою картиною хвороби Р. А. Лурія розумів усе те, що відчуває й переживає хворий, його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини, все те, що пов'язане для хворого з візитом до лікаря, – весь величезний внутрішній світ хворого, який складається зі складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм. Процес становлення ВКХ вчений розглядав як процес пізнання індивідом себе як хворого. Цей процес зумовлений необхідністю адаптації до ситуації, пов'язаної з хворобою. Р. А. Лурія виділив такі типи внутрішньої картини захворювання: адекватна, іпохондрична, істерична, анозогностична. Він зазначав, що структура ВКХ залежить від особливостей особистості хворого, його культурного рівня, освіти, соціального середовища й виховання [67, с. 42]; [82, с. 351].

Нове поняття «внутрішня картина здоров'я» (ВКЗ), за аналогією з поняттям «внутрішня картина хвороби», було запропоноване дослідниками В. М. Смірновим і Т. Н. Рєзніковою в 1983 році. На їхню думку, внутрішня картина здоров'я – це своєрідний еталон здорової людини, або здорового

органу, або частини тіла [4, с. 120]. Цей еталон може бути досить складним і містити різні елементи у вигляді образних уявлень і логічних узагальнень. Ідеал здоров'я також є регулятором поведінки, але інколи сформований і раніше від внутрішньої картини хвороби. Еталон, який людина приймає за норму, на певних життєвих етапах може бути змінений. Насамперед, це пов'язано з віковими змінами самопочуття. При неврозах нерідко відбувається свідоме чи несвідоме витіснення ідеалу здоров'я – «занурення у хворобу», яке в певних ситуаціях є адаптивною реакцією. У випадку анозогнозії, навпаки, образ здоров'я стає жорстким стереотипом, а динамічний образ хвороби або несформований, або витіснений, або деструктуризований. На думку В. М. Смірнова й Т. Н. Рєзнікової, ВКЗ є тільки частиною ВКХ [56, с. 95].

У 1986 році В. Є. Каган увів термін внутрішня картина здоров'я в науковий обіг, а в 1988 році обґрунтував концепцію внутрішньої картини здоров'я. На думку вченого, внутрішня картина здоров'я – це цілісне уявлення, «для-себе-знання» про здоров'я; це особистісна установка, що визначає здоровий спосіб життя, звертання за допомогою, адресовані медицині очікування, задоволеність отриманою допомогою, а часто і її ефективність [50, с. 125]; [56, с. 86].

Погляди В. Є. Кагана про значення ВКЗ у формуванні здорового способу життя доповнюють вчені Г. С. Абрамова та Ю. А. Юдчиц. Автори пишуть, що психолог і лікар, які працюють з показниками здоров'я людини, повинні виходити з того, що в кожній особистості на рівні життєвої психології присутні свої уявлення про нормальність у будь-який період її життя. У цьому значенні побутове уявлення людини про вік, про можливості віку, про можливості відчувати, діяти є тим конкретним матеріалом, який визначає зміст внутрішньої картини здоров'я. При цьому в самій концепції, яку людина формує стосовно своєї відповідності або невідповідності цим побутовим уявленням, істотне місце буде належати можливості, яка дозволяє ці переживання: «в цьому віці не властиво» або «відповідно до віку я повинна, як усі». У результаті виникає

система установок, які дозволяють або забороняють людині деякі види психічного життя [100, с. 467].

Таким чином, ВКЗ є не лише результатом індивідуального буття людини, вона відображає в собі, у вигляді символічних утворень, ті дозвільні дії або заборони на дії, які спрямовані на руйнування або збереження здоров'я [100, с. 488].

Як наголошував В. Є. Каган, здоров'я реалізується не тільки в біологічній альтернативі «здоров'я-хвороба», але й в індивідуальних установках ставлення до здоров'я, стереотипах масової свідомості, у взаємодії людиною й середовищем (між людиною-суб'єктом і людиною-об'єктом у внутрішньоособистісному діалозі й міжлюдських взаємодіях). Ставлення до здоров'я є специфічною стороною особистості. Кожна людина уявляє собі що таке здоров'я й здатна співвіднести з цим свій актуальний стан [49, с. 202].

Внутрішня картина хвороби, з погляду концепції В. Є. Кагана, навпаки, є частиною внутрішньої картини здоров'я: індивідуальні варіації зовнішніх і внутрішніх кордонів семіотичного простору ВКЗ визначають переживання людиною свого актуального стану як здоров'я чи хвороби. Іншими словами, внутрішня картина хвороби – це внутрішня картина здоров'я в умовах хвороби. Хвороба ніколи не існує сама по собі, а завжди у контексті життєвого шляху особистості, тобто у співставленні зі здоров'ям. Людина, як суб'єкт здоров'я, знає, що таке здоров'я, і порівнює з ним свій актуальний стан [56, с. 95]. В. Є. Каган указував на те, що внутрішня картина здоров'я не є вродженою, а сформована в процесі соціалізації й виховання, починаючи з ранніх етапів життя, пізніше цю ідею розвинув вчений В. А. Ананьєв [99].

Порівнюючи феномени ВКЗ і ВКХ, дослідник В. Б. Челпанов указував на те, що в одних випадках їх доцільно розглядати як конфліктні (конкурентні) психічні реальності, а в інших – як взаємодоповнювальні, або як своєрідні механізми психологічного захисту особистості. Під ВКЗ він розумів уявлення особистості про своє здоров'я як цінності. Вчений виділив два типи ВКЗ:

«пасивну» й «активну». У своєму дослідженні він наголошує на тісному взаємозв'язку обох типів ВКЗ і всіх структурних компонентів ВКХ. Автор також підкреслив, що психолого-педагогічна корекція повинна бути здійснена з урахуванням ВКЗ, тобто потрібно фіксувати увагу на збереженні психічних процесів, які являють собою важливий складник ВКЗ [104].

Як зазначив В. А. Ананьєв, ВКЗ є не тільки сукупністю інтелектуальних уявлень про здоров'я людини, але й комплексом емоційних переживань і відчуттів, а також поведінкових реакцій в умовах здоров'я. На думку вченого, ВКЗ – це самоусвідомлення й самопізнання людиною себе в умовах здоров'я, це базове поняття як у валеології, так і в психології здоров'я. Внутрішня картина здоров'я є певним психофізичним простором, де людина здатна оцінити свої біологічні, соціально-психологічні й духовні можливості. Це не тільки знання своїх можливостей, але й уміння використовувати істинні резерви [3, с. 120].

Таким чином, ВКЗ В. А. Ананьєв розглядає як комплексне суб'єктивне уявлення людини про своє здоров'я, механізми його формування, причини погіршення, сукупність емоційних переживань у стані здоров'я, способи його підтримки й збереження, що містить такі взаємопов'язані структурні компоненти: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний і поведінковий [3].

Подібне визначення внутрішньої картини здоров'я дає сучасна дослідниця О. С. Лісова. Вчена зазначає, що ВКЗ не тільки є суб'єктивним відображенням особистістю стану свого здоров'я, що визначає психосоматичний потенціал індивіда, а й являє собою складне динамічне утворення в самосвідомості людини. У своєму дослідженні О. С. Лісова доповнила багатовимірну теоретичну модель ВКЗ, яка включає в себе поряд з сенситивним, емоційним, когнітивним і ціннісно-мотиваційним компонентами й суб'єктивні образи фізичного, афективного, інтелектуального, соціального, духовного здоров'я [64].

Також як динамічну модель ВКЗ розглядали вчені Л. Л. Галіна, Г. Т. Красильников і Л. М. Сич. Вони вважали, що ВКЗ відображає процес діалогу людини в самосвідомості зі своїм «Я» та своїм організмом. У функціональній структурі ВКЗ автори виокремлюють такі компоненти:

1) раціонально-когнітивний (фіксує особистий досвід хвороби й одужання, а також певні теоретичні уявлення);

2) емоційно-чуттєвий (схарактеризований емоційним реагуванням на здоров'я);

3) сенсорний (представлений різними сенсорними сигналами тіла, сформований на основі «схеми тіла» й доповнюється аудіальними й візуальними сигналами);

4) мотиваційний (відображає потребу бути здоровим, міру відповідальності за своє здоров'я, готовність до діяльності на благо здоров'ю) [56, с. 91]; [57, с. 20].

Дещо по-іншому визначали ВКЗ Г. В. Ложкін, О. В. Носкова й І. В. Толкунова. На їхню думку, внутрішня картину здоров'я – це сукупність описів, мисленнєвих образів, що стосуються сутнісних характеристик людини. При цьому важливо зрозуміти, що людина являє собою біологічно (конституціонально), психологічно (характерологічно) й соціально (особистісно). Беручи до уваги характеристики ВКЗ, учені вважали, що вона є категорією позапсихічною. Під внутрішньою картиною здоров'я автори розуміли усвідомлення людиною своїх біологічних ресурсів, можливостей, бажань, потреб на різних рівнях, ступенів їхнього задоволення, механізмів захисту, а також своїх здібностей і призначення. Однак, акцент дослідники роблять на самосвідомість, інтрапсихічні й особистісні здібності [56, с. 87].

Основний інтерес, на думку І. І. Мамайчук, представляє віковий аналіз внутрішньої картини здоров'я. Це має велике значення в профілактиці захворювання й у формуванні гармонійної особистості. На формування ВКЗ дітей і підлітків впливає система відносин батьків до внутрішньої картини

здоров'я дитини. І. І. Мамайчук виділяє такі напрямки щодо оцінки системи відносин батьків до здоров'я: задоволення потреб дитини, способи задоволення потреб, стилі сімейного виховання. Вона розглядає ВКЗ як складну систему, ланки якої тісно взаємопов'язані й взаємозалежні одна від одної. Дослідниця зазначає, що складна структура внутрішньої картини здоров'я вимагає ретельного теоретико-методологічного підходу до її вивчення й наголошує на необхідності системного підходу до її дослідження [84].

Вчені Р. А. Березовська й В. М. Кабаєва досліджували поняття «ставлення до здоров'я», яке розглядали з позицій концепції «психології відносин», розробленої В. Н. Мясищевим. На думку Р. А. Березовської, поняття «ставлення до здоров'я» й «внутрішня картина здоров'я» можна розглядати як синонімічні [8]. Авторка визначила «ставлення до здоров'я» як систему індивідуальних, виборних зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або загрожують здоров'ю людей, а також визначають оцінку свого фізичного й психічного стану.

Беручи до уваги концепцію В. М. Мясищева, Р. А. Березовська вважає, що ставлення до здоров'я можна описати за допомогою трьох компонентів: емоційного, пізнавального й вольового. Зазначені В. М. Мясищевим компоненти ставлення відповідають виділеним у психології сферам психічного: емоційній, когнітивній і мотиваційно-поведінковій [8].

Таким чином, питання внутрішньої картини здоров'я розглядається в працях як вітчизняних так і зарубіжних дослідників більше тридцяти років. Проте, сьогодні не існує єдиного визначення даного поняття, що свідчить про складність, багатозначність та актуальність вивчення цього психологічного феномену.

Характеризуючи ступінь наукової розробленості проблематики внутрішньої картини здоров'я, слід зазначити, що цю тему вже аналізували різні автори в підручниках, монографіях, періодичних виданнях і в Інтернеті.

Тим не менше, відзначаємо недостатню кількість досліджень ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, що потребує подальших теоретичних і практичних досліджень.

Узагальнивши погляди вчених, зазначених вище, приймаємо, що внутрішня картина здоров'я – це складне динамічне утворення в самосвідомості людини, що містить суб'єктивне уявлення, знання людини про своє здоров'я; усвідомлення своїх біологічних ресурсів і можливостей; самооцінку здоров'я, способи його підтримання і збереження; емоційні переживання, пов'язані зі здоров'ям [4]; [56]; [64].

ВКЗ задає модус поведінки людини в ставленні до власного тіла й здоров'я, визначає перспективи її розвитку [103]. Вона є одним із ключових елементів у системі поведінки особистості в ситуації, що загрожує здоров'ю. У пов'язаних зі здоров'ям ситуаціях ВКЗ взаємодіє з іншими психологічними особливостями і ця взаємодія є чинником певної поведінки [53]. Складна структура ВКЗ потребує ретельного теоретико-методичного підходу до вивчення цього феномену.

1.2. Структура внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

У визначені внутрішньої картини здоров'я бачимо всі складники трьохкомпонентної структури особистості: когнітивний, емоційний та поведінковий, тобто елемент цілісності у сприйнятті себе [56, с. 90].

Розглядаючи ВКЗ із психологічних позицій, В. А. Ананьєв виділив три її основні грані:

1. Когнітивна – раціональна сторона ВКЗ, що являє собою сукупність суб'єктивних умовиводів, думок про причини, зміст, можливі прогнози, а також оптимальні способи збереження, зміцнення й розвитку здоров'я, тобто все те, що формує систему вірувань людини.

2. Емоційна – чуттєва сторона ВКЗ, яка містить переживання здорового самопочуття, пов'язане з комплексом відчуттів, які формують емоційний фон особистості.

3. Поведінкова – моторно-вольова сторона ВКЗ, яка являє собою сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій людини, зумовлених її системою вірувань, що спрямовані на досягнення суб'єктивно значущих цілей [3, с. 124].

Про значення цих основних компонентів ВКЗ як у дорослих, так і в дітей наголошує Р. Бернс [84]. У своїй роботі він виділив схожі складники ВКЗ, але назвав їх не сторонами, а рівнями ВКЗ.

Когнітивний рівень, на думку Р. Бернса, передбачає уявлення дитини про стан здоров'я, що значною мірою залежить від її віку й рівня розвитку інтелекту. Вчений зазначив, що цей компонент включає знання дитини про свої можливості, в тому числі і фізичні. Це сприйняття дитиною свого зовнішнього вигляду, свого тіла, своїх фізичних якостей (сила, витривалість, спритність та ін.) Когнітивний компонент не тільки формує уявлення дитини про себе, а й містить ставлення дитини до себе, відображає рівень її самоповаги. Розвиток цього компонента значною мірою залежить від соціального оточення дитини, особливостей її виховання й життєвого досвіду.

Емоційний рівень пов'язаний із різними видами емоційного реагування на здоров'я і визначений індивідуально-типологічними й індивідуально-психологічними характеристиками дитини, а також особливостями її емоційного реагування на різні життєві ситуації. У своїй концепції Р. Бернс виділяє емоційно-оцінний компонент (самооцінка), який відображає результати порівняння знань дитини про себе з іншими дітьми. Онтогенез оцінних образів «Я» пов'язаний із формуванням у дитини диференційованих узагальнених знань про себе в процесі діяльності й спілкування з іншими людьми. Афективна оцінка уявлень дитини про свої можливості має різну інтенсивність. Негативні чи позитивні характеристики образу «Я» можуть викликати в неї емоції, пов'язані з їх прийняттям або осудом.

Поведінковий рівень пов'язаний із актуалізацією діяльності дитини для збереження здоров'я. Це найвищий рівень ставлення до здоров'я, який вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження й підтримку свого здоров'я. Р. Бернс уважав, що поведінковий компонент образу «Я» містить конкретні дії, які можуть бути викликані образом «Я» й самооцінкою. Це дуже важливий компонент у адаптації дитини до навколишньої дійсності [84, с. 438-439].

Вчені П. І. Сидоров і А. В. Парняков у структурі ВКЗ виділили три рівні: відчуттєвий, інтелектуальний і емоційний. Дослідники визначають її як складник самосвідомості, уявлення про фізичний стан, що супроводжує своєрідне чуттєве тло [91].

Цікаве припущення стосовно структури ВКЗ висунули вчені Т. Н. Резнікова й В. М. Смірнов. Вони вказують на те, що в структурі ВКЗ можуть існувати образи психічного й фізичного здоров'я [92]. Таке розуміння різновимірності ВКЗ узгоджується із холістичним підходом до трактування здоров'я й відповідає моделям здоров'я за С. Гінгер [24] і Р. Шварцер [115]. Відображення кожного з вимірів здоров'я можливе на рівні кожного компонента ВКЗ. Прикладом може слугувати психалгія (нестерпний душевний біль) – це відображення афективного аспекту здоров'я на рівні сенситивного компоненту ВКЗ. Вислів «голова тріщить від думок» демонструє сенситивне відображення інтелектуального виміру здоров'я, «думку думаю» – когнітивне відображення інтелектуального виміру здоров'я, «тіло обурюється» – емоційне відображення фізичного виміру здоров'я тощо.

На думку М. І. Губанова й Г. І. Царегородцева, структура внутрішньої картини здоров'я є аналогічною структурі внутрішньої картини хвороби і містить, крім сенситивного, раціонального й емоційного, ще й мотиваційний компонент [27, с. 24].

Порівнюючи основні структурні складники ВКЗ, ВКХ і ставлення до здоров'я, дослідниця О. І. Богучарова виділила такі сторони ВКЗ: раціональну, емоційну, чуттєву, мотиваційно-поведінкову.

Раціональна сторона ВКЗ містить уявлення про умови, причини, зміст, прогнози й оптимальні засоби збереження здоров'я. У структурі ВКХ їй відповідає інтелектуальний рівень, а в ставленні до здоров'я – когнітивний складник.

Емоційний складник у структурах ВКЗ, ВКХ і ставленні до здоров'я містить емоції, настрої, почуття, переживання особистості стосовного свого здоров'я або хвороби.

Чуттєва сторона ВКЗ представлена сенситивним або чуттєвим рівнем у ВКХ, а в структурі ставлення до здоров'я вона відсутня. Її складають комплекс відчуттів, що формують загальне емоційне тло здорової людини, «відчуття здоров'я».

Мотиваційно-поведінкова сторона відповідає мотиваційному рівню ВКХ і поведінковому складнику ставлення до здоров'я. До неї належать сукупність дій, зусиль, прагнень задля суб'єктно значущих цілей [43, с. 35].

Сучасна дослідниця О. С. Лісова узагальнила наявні в науковій літературі дані про структуру суб'єктивного відображення здоров'я й представили власну багатовимірну модель ВКЗ, компоненти якої доповнені у міру усвідомлення людиною свого рівня здоров'я й ставлення до нього.

Перший рівень цієї моделі ВКЗ представлений сенситивним компонентом, в основі якого лежить психологічний образ тіла, який виявляється у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту, розширених чи обмежених можливостях володіння своїм тілом.

Наступний компонент – емоційний, який містить способи переживання людиною власних життєвих ситуацій і ситуацій інших людей, а також те емоційне тло, яке забарвлює її щоденне існування.

Також дослідниця виділила когнітивний компонент, який містить знання, уявлення, переконання особистості про здоров'я.

На основі попередніх компонентів формується четвертий ціннісно-мотиваційний компонент – це ядро ВКЗ. Він є особистою метафорою здоров'я. Різні метафори передбачають різні способи мислення й дій стосовно здоров'я. За метафорою здоров'я стоїть, насамперед, ціннісна орієнтація особистості. Переконання й цінності є одним із найсильніших «фільтрів». Людина може знати що робити (поведінка) і як робити (здібність), але нічого не робить, тому що це не є для неї цінністю, чи вона переконана, що це нічого не змінить [64].

Таким чином, проаналізувавши основні підходи до розуміння структури ВКЗ, у нашому дослідженні ми виділили її основні компоненти: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний і поведінковий [31, с. 29].

Ціннісно-мотиваційний компонент репрезентує аксіологічну сторону ВКЗ, цінність і значущість здоров'я для людини, наявність мотивів, які спонукають дбати про своє здоров'я. Він має надзвичайно важливе значення для формування й реалізації ВКЗ. На думку О. С. Лісової, чітко викристалізоване ядро означає конкретно визначену позицію стосовно здоров'я й наявність сильного вольового потенціалу. Якщо здоров'я насправді займає першу позицію в системі цінностей людини, тоді її поведінку ініціює й спрямовує специфічний мотив, який ми називаємо волею до здоров'я [64].

Ціннісно-мотиваційний компонент передбачає формування в дітей, які хворіють на епілепсію, усвідомлення цінності свого здоров'я й прийняття особистої відповідальності за нього. Цей компонент тісно пов'язаний із поняттям індивідуалізації, яким К. Г. Юнг описував ставлення людини до самої себе. Людина сама створює в психічному житті свої якості, усвідомлює власну неповторність як цінність і не дозволяє руйнувати її іншим людям [85, с. 471].

Важливе значення у формуванні ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, мають актуальні мотиви особистості та їх ієрархія. Центральним психологічним механізмом особистісних змін за наявності

хвороби є перебудова ієрархії мотивів за типом їх перепідпорядкування новому головному змістоутворювальному мотиву, який А. Ш. Тхостов назвав «зрушення мети на мотив» [79, с. 120].

Дослідження В. В. Ніколаєвої показали, що на початкових етапах захворювання мотив «збереження життя» є ситуаційним. Він актуалізований тільки в період різкого погіршення стану: хворі починають проходити обстеження, обмежують свою активність, дотримуються нового режиму життя, слідкують за результатами аналізів, шукають нові методи лікування. Ситуаційний мотив «збереження життя» володіє певною спонукальною силою, але ще не виконує змістоутворювальну функцію, оскільки не є провідним.

При переході до хронічного лікування у хворих змінюється емоційний стан, який особливо виражений у особистостей із неадекватною (завищеною) моделлю очікуваних результатів лікування. Різко змінюється загальний настрій і поведінка хворих. Усе, що людину оточує – поведінка медперсоналу, родичів, ситуація у відділенні – вона починає оцінювати з погляду того, чи допоможе це процесу лікування, чи ні. Настання цього періоду можна вважати початком перебудови мотиваційної сфери особистості [79, с. 127].

Як вважають Г. С. Абрамова та Ю. А. Юдчиць, «відсутність мотивації – це найбільша трагедія, яка руйнує всі життєві підвалини людини». На думку вчених, сучасну людину буквально переслідує відсутність прагнення до реалізації своєї внутрішньої картини здоров'я. Мотивація власного життя, заснована на переживанні його здійсненності як можливості реалізувати своє здоров'я, формується на основі когнітивних знань [100, с. 475].

Когнітивний компонент являє собою раціональну сторону ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, й містить сукупність уявлень, умовиводів, думок про здоров'я, уявлення про способи його збереження, зміцнення, підтримку і розвиток. Це, насамперед, розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності, знання основних показників, які впливають як негативно, так і позитивно на стан здоров'я [58].

Формування когнітивного компонента ВКЗ містить п'ять етапів:

Перший етап охоплює немовлячий вік. Ранні емоційні контакти в цей період здійснюють позитивний вплив на оцінку й відношення дитини до свого здоров'я в майбутньому.

На другому етапі відбувається формування ідентичності й наслідування. Він охоплює раннє дитинство. Важливе значення на цьому етапі має модель батьківського відношення до здоров'я.

Третій етап являє собою етап конкретно-ситуативного уявлення дітей дошкільного віку про своє здоров'я. Тільки в кінці дошкільного віку в дітей наявні власні уявлення про своє здоров'я.

Четвертий етап – це усвідомлення й емоційно-оцінне ставлення до свого здоров'я в молодшому шкільному віці. З формуванням логічного мислення розвивається усвідомлення дитиною своїх фізичних і психічних можливостей.

Становлення соціальної установки підлітка на своє здоров'я відбувається на п'ятому етапі. У цей період діти зацікавлені в об'єктивному знанні про своє здоров'я [84].

Когнітивний компонент ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, пов'язаний із проекцією об'єктивної реальності здоров'я в самосвідомість людини, із суб'єктивним сприйняттям і переживанням свого здоров'я. Він передбачає:

- усвідомлення й ідентифікацію власного внутрішнього динамічного стану гомеостазу, ототожнення себе з образом здорового цілого;
- усвідомлення ознак будь-якого стійкого порушення гомеостазу, тобто ідентифікація в собі індикаторів предхвороби, провісників стану, що відхиляється у динамічному процесі здоров'я [6, с. 132].

На основі досвіду інших людей, інформації, отриманої з літературних джерел, кожна людина виробляє для себе особливу концепцію здоров'я. Вона містить причини, механізм розвитку, ознаки самопочуття, симптомів відхилення, домінантних уявлень про майбутнє, прогноз просування до здоров'я.

У відсутності справжнього валеологічного знання й досвіду в дитини, хворої на епілепсію, може скластися викривлене розуміння свого здоров'я. Дослідник А. Я. Крістенсен зі співавторами, проводячи валідацію опитувальника ірраціональних думок щодо здоров'я, дійшли висновку, що високі когнітивні трансформації в бік ірраціональних думок корелюють із недостатнім досвідом здоров'я, й водночас із низьким рівнем вияву позитивних емоцій [107, с. 171].

Емоційний компонент становить чуттєву сторону ВКЗ, яка виявляється в особливостях і звичних способах переживання здорового самопочуття, на основі комплексу відчуттів, що формують емоційний фон, а також різні види емоційного реагування на здоров'я, переживання в ситуації погіршення здоров'я.

Переживання життєвих ситуацій може здійснюватися декількома способами, серед яких основними є асоціація й дисоціація. Асоціація – це інтенсивне, «включене» переживання конкретної ситуації, коли людина перебуває безпосередньо всередині подій і активно реагує на них. Дисоціація, навпаки, передбачає відсторонену позицію щодо ситуації, неначе погляд на неї очима іншої людини, при цьому інтенсивність переживань знижена. Звичний емоційний настрій великою мірою залежить від субдомінальностей – якісних характеристик внутрішнього світу, дрібних часточок-складових, які використовуються для кодування суб'єктивного досвіду [56]; [63].

Емоційний компонент виявляється в особливостях і звичних способах переживання людиною власних життєвих ситуацій і ситуацій інших людей. Він виражений тим емоційним тлом, яке забарвлює щоденне існування людини [63].

Однією з особливостей прояву епілепсії є те, що під час нападу хворий не має ніякого контролю над собою або своєю поведінкою. Кожен напад за своїм характером є яскраво вираженим і спричиняє стрес не тільки для дитини, хворої на епілепсію, але й для людей, які були біля неї в цей час. Тому емоційні

переживання дітей пов'язані не тільки із власним станом здоров'я, а й ставленням інших людей до них.

Переживання дитиною ситуації хвороби в якій вона опиняється може спричинити виникнення в неї особистих конфліктів.

Залежно від спрямованості конфлікту виділяють три групи дітей із емоційними порушеннями:

1. Діти, емоційні проблеми яких пов'язані в основному з міжособистісними відносинами. Для них притаманна підвищена збудливість, що виявляється в бурхливих афективних спалахах у процесі спілкування, особливо з однолітками.

2. Діти з вираженими внутрішньоособистісними конфліктами. Вони глибоко переживають образу, в більшості з них спостерігають необґрунтовані страхи.

3. Діти, емоційні проблеми яких виявляються як і у внутрішньо особистісних, так і в міжособистісних конфліктах. У поведінці дітей цієї групи переважають агресивність і імпульсивність [69].

Поведінковий компонент є моторно-вольовою стороною ВКЗ, що являє собою конкретні дії людини, її зусилля, спрямовані на збереження й підтримку свого здоров'я, досягнення суб'єктивно значущих цілей.

Ставлення до свого здоров'я в дітей, хворих на епілепсії, впливає як на клінічні прояви хвороби, так і на здатність особистості адаптуватися в соціальному середовищі. Воно визначене, насамперед, ставленням до себе. Неправильне розуміння й відсутність належного знання про особливості епілепсії в суспільстві може негативно вплинути на ставлення дитини до свого здоров'я, дотримання вимог необхідних для успішного лікування.

Для дослідження поведінкового компоненту ВКЗ у дітей, хворих на епілепсії, важливо враховувати виокремлену О. С. Лісовою «схему тіла» яка безпосередньо впливає на формування актуального й ресурсного стану людини. Актуальний стан – це той стан, у якому індивід перебуває в конкретний момент

чи відрізок часу; він визначає характерні для індивіда поставу, ходу, спосіб дихання, міміку й жести, а також звичну міру фізичної активності. Ресурсний стан – це той оптимум фізичних можливостей, на який здатна людина та який вона може відчувати.

Структура ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, представлена на рисунку 1.1.

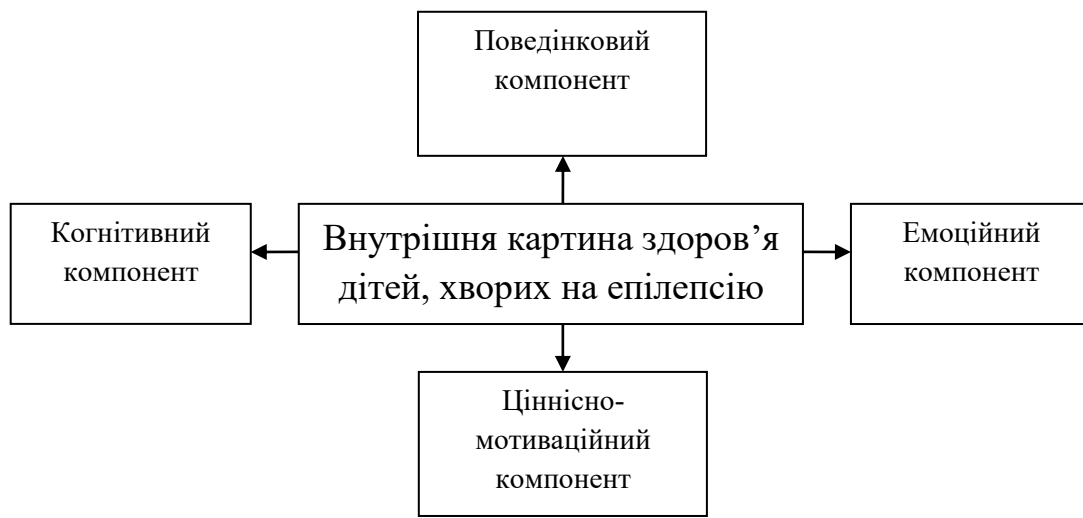


Рис. 1.1. Структура внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Розвиток ВКЗ відбувається впродовж усього життя, тому компоненти структури ВКЗ у різні вікові періоди відрізнятимуться специфічними особливостями.

Коли людина хворіє, у структурі ВКЗ з'являються нові елементи, за участю яких відображається новий стан організму – хвороба: певна частина ВКЗ трансформується у ВКХ. Оскільки хвороба як незвичайна реальність стає домінантою, вона породжуватиме яскравіші образи, її внутрішня картина буде чіткішою й глибшою. Поряд із цим, остаточно формуються й активізуються ціннісно-мотиваційне ядро ВКЗ і образ ресурсного стану, адже переживання хвороби завжди тісно пов'язане з переживанням здоров'я як цінності [64].

Дослідження О. Е. Беляєвої, О. О. Кирилової, Г. В. Кукурузи й С. М. Циліорик підтверджують, що в структурі ВКЗ відображений досвід наявності хронічного захворювання. Отже, формування й взаємозв'язок структурних компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, пов'язані не лише з віковими, індивідуально-психологічними особливостями й чинниками зовнішнього навколишнього середовища, а й з переживанням, розумінням і ставленням до хвороби.

1.3. Психологічна характеристика дітей, хворих на епілепсію

Вивчення психологічних особистостей людей, які мають певне захворювання, представлені в роботах українських і зарубіжних психологів (Б. В. Зейгарник, В. Х. Кандинського, Б. Д. Карвасарського, К. Ясперса й ін.) показало, що в основі психічного життя хворого є ті самі закономірності, що й у здорової людини. Психічне життя змінюється не тому, що під час захворювання починають діяти інші психічні механізми, а тому, що ті самі механізми діють у особливих умовах, які викликані й змінені хворобою. Хвороба лише біологічна передумова зміни особистості [1, с. 207].

Хронічне соматичне захворювання суттєво змінює життєдіяльність людини, можливості її діяльності, обмежує контакти з іншими людьми, а також змінює «внутрішню позицію» особистості стосовно всіх життєвих обставин [14].

Самі по собі біологічні зміни організму не входять до складу соціальної ситуації розвитку, а є лише передумовою здійснення психічної діяльності. Вплив цієї умови відображено на динаміці діяльності, витривалості людини, стійкості енергетичного потенціалу діяльності, збереження її енергетичного складу. Наслідки соматичного захворювання можуть бути включені до складу соціальної ситуації розвитку, яка виникла в умовах хвороби [79, с. 24]. Одним із складних захворювань, які змінюють життєдіяльність людини є епілепсія.

Епілепсія є хронічним нервово-психічним поліетіологічним захворюванням, що виникає переважно в дитячому та юнацькому віці, і яка характеризується повторними епілептичними приступами.

Епілептичний напад є стереотипним порушенням поведінки, емоцій, моторних, сенсорних функцій, свідомості, яке є короткочасним, явно не спровокованим і за клінічними проявами відповідає електроенцефалографічним змінам [28, с. 428].

Епілепсія є одним із найбільш поширених захворювань нервової системи. Її поширеність у різних країнах становить 5-10 випадків на 1000 населення (0,5-1%). В останні роки спостерігають суттєву різницю в динаміці цього показника між віковими групами. До десятирічного віку – 50% випадків епілепсії, до двадцяти років – 66%, і 33% у зрілому віці [36, с. 4].

Особливістю епілепсії є те, що її прояви дуже демонстративні й справляють гнітюче враження на інших людей. Через неправильне ставлення до дітей, хворих на епілепсію, батьків, педагогів, інших дітей, їх переводять на індивідуальне навчання, обмежують у спілкуванні й діяльності. Це накладає відбиток на формування особистості дитини, в неї формується уявлення про надзвичайну тяжкість своєї хвороби і про те, що вона «не така, як усі» [34, с. 82].

Формування первинного усвідомлення себе як хворого в дитини відбувається опосередковано, через батьківське ставлення. Фіксація такого усвідомлення у процесі дорослішання, особливо в підлітковому віці є основним спрямуванням соціальної дезадаптації [102, с. 31].

Ставлення дитини до хвороби формується під впливом світогляду батьків. При цьому слід враховувати такі чинники:

- вік (чим молодша дитина, тим сильніше на неї впливає батьківське ставлення до хвороби);
- особливості емоційного реагування на хворобу;
- інформація про здоров'я, причини, лікування;

– наявність інших стресів (взаємовідношення батьків, госпіталізація) [91].

Психологічні особливості характеру людей із епілепсією представлені в працях українських і зарубіжних дослідників: Я. В. Бернштейна [9], О. І. Болдирєва [15], П. Б. Ганнушкіна [20], А. В. Зінченка [39], Л. А. Троїцької [97], Дж. Деласіано (J. Delasiano), У. Майєр-Гросса (W.Mayer-Gross), І. Фалрета (I.Falret) і ін. Вчені виокремили основні ознаки особистісних рис, які розвинулися внаслідок наявності хвороби [44].

Як стверджує Л. А. Троїцька, у зв'язку з хворобою й ставлення інших людей у дітей із епілепсією спостерігають індивідуальні особливості характеру. Дослідниця вказує на зміну їх емоційного стану, що виявляються із раннього віку. Емоційну сферу дітей, хворих на епілепсію, Л. А. Троїцька характеризує торпідністю («в'язкість афекту»), у зв'язку з чим нові враження не можуть витіснити колишні (як позитивно, так і негативно забарвлені). Вчена підкреслила наявність у них, з одного боку, підвищеної дратівливості, мстивості, прискіпливості, «вибуховості», схильності до сварок, спалахів злоби, люті, що доходять до агресії [97]. З другого боку, типовими емоційними рисами хворих на епілепсію дітей є перебільшена люб'язність, улесливість і догідливість, шанобливість і ласкавість у звертанні, в поєднанні з підвищеною чутливістю, боязливостю [81, с. 14]. Описані полярні особливості афекту в епілептиків часто співіснують, тому неможливо передбачити, як поведе себе дитина [44].

Про мінливість характеру наголошував у своїх дослідженнях і вчений П. І. Ковалевський, який стверджував, що разом із недовірою, нахабністю, замкнутістю, заздрістю, брехливістю, раптовими спалахами гніву, що можуть бути небезпечними для інших людей, епілептикам властиві доброта й м'якосердність.

Про те, що хворим на епілепсію властиві своєрідні риси характеру, вказував також С. С. Ляпідевський. Він зазначив, що іноді при прихованих формах епілепсії характерологічні особливості бувають єдиними ознаками

хвороби, на тлі яких у окремих випадках раптово можуть проявлятися вже виражені симптоми захворювання – сутінковий стан, судомні напади [68].

Особам, хворим на епілепсію, нерідко властива схильність до афектів гніву (патологічна злостивість), жорстокість, риси садизму, які в дітей можуть виявлятися в прагненні мучити тварин, знущатися над малолітніми й т.д. Іноді злостивість і зарозумілість поєднані з особливою ввічливістю, аж до догідливості.

Настрій дітей, хворих на епілепсію, зазвичай, нестійкий. Характерні так звані «хороші» й «погані» дні, причому чим ближче до нападу, тим настрій стає більш похмурим, нарастає туга, афективні спалахи.

Виявлено, що в сім'ях, де є дитина з епілепсією, домінуватиме гнів, образа, почуття провини. Такі сім'ї значно більше страждають від стресу, ніж сім'ї, що мають здорових дітей [32, с. 42].

Зайва тривога за долю дитини, постійне очікування нападу, необґрунтоване почуття провини призводять до спотворення уявлення про тактику виховання. Більшість батьків створюють дитині надмірно комфортні умови існування, обмежують її контакти з іншими людьми, в тому числі з однолітками. У результаті цього в сім'ях, де є дитина з епілепсією, можуть бути такі види неправильного виховання:

1. Домінувальна гіперпротекція, яку виявляється у надмірній опіці, дріб'язковому контролі за кожним кроком, кожною хвилиною, кожною думкою. Цей контроль формує цілу систему постійних заборон і пильного спостереження за дитиною. Безперервні заборони, неможливість прийняти будь-коли власне рішення створюють у дитини враження, що їй «нічого не можна», а її одноліткам «усе можна». Гіперпротекція не дозволяє з ранніх років вчитися на власному досвіді, що не привчає до самостійності. Вона пригнічує відчуття відповідальності, бо якщо за дитину все вирішують і завжди їй указують що робити, то вона переконана, що сама може ні за що не відповідати, в тому числі й за своє здоров'я [85, с. 32].

2. Виховання «в культі хвороби». Хвороба дитини й підлітка стає центром, на якому зосереджена увага всієї сім'ї. Дитина звикає до думки, що хвороба дає їй багато прав. Через наявність епілепсії близькі повинні виконувати бажання хворої дитини, звільнити її від цілком посильних обов'язків, прощати проступки, дозволяти те, що не дозволено іншим дітям.

3. Емоційне відчуження. Цей тип виховання передбачає, що дитина і підліток постійно відчують, що вони є тягарем у житті батьків, що без них їм було б легше й вільніше [85, с. 33].

Приховане емоційне відчуження полягає в тому, що батьки, самі собі не зізнаючись у цьому, обтяжують себе сином або донькою, але обурюються, якщо хто-небудь їм укаже на це. Однак, дитина, й особливо підліток, розуміє, що турбота є штучно вимушена й відчуває недолік щирого емоційного тепла.

Емоційне реагування батьків на хворобу їх дитини формують емоційний фон і спосіб переживання дитиною свого стану здоров'я, тобто емоційний компонент ВКЗ.

4. Суперечливе виховання. В одній родині кожен із батьків, бабусі й дідусі можуть дотримуватися різних стилів виховання, поєднувати несумісні виховні підходи, здійснювати різні види неправильного виховання. При цьому члени родини конкурують, а то й відкрито конфліктують один із одним. Наприклад, можуть бути поєднані домінувальна гіперпротекція з боку батька й потурання з боку матері; емоційне відкидання з боку батьків і гіперпротекція з боку старшого покоління [85, с. 34].

Епілептикам також властива стереотипія поведінки, їм важко пристосуватися до нових обставин, до нового режиму. Навіть дрібні зміни в установленому порядку життя можуть спричинити обурення. Діти-епілептики не люблять, коли хтось чіпає й переміщує їх речі. Їм властиві педантизм, іноді дріб'язковість, скрупульозність у виконанні доручених завдань. Діти в основному охоче виконують роботу, хоча темпи їх трудової діяльності характеризують сповільненістю й малою продуктивністю [68].

Узагальнивши психологічні особливості хворих на епілепсію, вчений Е. Г. Ейдемільер виділив такі їх основні риси характеру:

- педантизм, який виявляється в: скрупульозній любові до порядку в будинку; виконанні призначень лікарів; ретельній реєстрації всіх нападів впродовж декількох років наявності хвороби, із зазначенням багатьох подробиць, у тому числі й обставин, що передували кожному нападу;

- гіперсоціальність у вигляді надзвичайної старанності, сумлінності;

- інфантилізм, виражений незрілістю суджень;

- надзвичайне прагнення до справедливості;

- особливе надцінне ставлення до рідних, близьких;

- «епілептичний оптимізм» – віра в можливість повного вилікування (Х. Г. Ходос, 1969 р.);

- надзвичайний егоцентризм – власне «я» перебуває в центрі уваги хворих, у їхніх висловленнях завжди на першому місці вони самі, їх хвороба, старі образи, які вони завжди пам'ятають;

- злопам'ятність – одна з основних якостей епілептичного характеру [28, с. 455].

Епілептичний характер спостерігають як при тривалому перебігу епілепсії, так і при відносно рідкісних епілептичних нападах. Різко виражені характерологічні відхилення спостерігають у дітей, хворих на епілепсію, ще до появи симптомів хвороби. Їм притаманні підвищена збудливість зі схильністю до застрягання афекту, недовірливість, підозрілість, невідповідність афективних реакцій причині, яка їх викликала. Епілептикам характерні риси егоїзму, егоцентризму, холодності, байдужості до інших людей і, водночас, особливої прихильності до речей. Егоїстичні тенденції виявлені в своєрідній іпохондричності, підвищеній турботі про своє здоров'я [10].

Багато науковців по різному описують «епілептичний характер». Вчений С. С. Корсаків під цим поняттям називав дегенеративні розлади, пов'язані з різкими змінами в характері епілептиків. Дослідники Р. Крафт-Ебінг і І. Фалрет

указували на негативні риси епілептичного характеру, як-от роздратованість, примхливість, вередливість, крайня мінливість настрою.

Є. Крепелін підкреслив, що негативні якості виявлені не в усіх хворих на епілепсію, а тільки в невеликій частині хворих. Він зазначив, що епілептики є впертими й підступними. Така «ненормальна» впертість, на думку дослідника С. А. Суханова, не піддається жодному впливу.

Вагомий внесок у вивчення епілептичного характеру здійснив Б. К. Краснушкін, який не тільки виокремив притаманні характеру властивості, але й визначив питому вагу кожної з них. Так «повільність» складає 90,3%, «в'язкість» – 88,5%, «важкість» – 75%, «запальність» – 69,5%, «егоїзм» – 61,5%, «злопам'ятність і докладність» – по 51,9% [52].

Проаналізувавши особливості епілептичного характеру, можна побачити що вони здебільшого схожі з рисами епілептоїдного характеру. Проте, варто зауважити, що ці поняття не є тотожними.

У своїй книзі «Клініка психопатій, їх статика, динаміка, систематика» П. Б. Ганнушкін, на основі 13-річного досвіду роботи в лікарні, описав епілептоїдний тип характеру, як один із видів психопатій. Характерні ознаки осіб цього типу – крайня дратівливість, напади люті й гніву в тому числі; періодичні розлади настрою, якому притаманні туга, страх і гнів.

На думку П. Б. Ганнушкіна, епілептоїди – це люди, які вкрай егоїстичні й наполегливі в діяльності, вони любителі гострих відчуттів і схильні до утворення надцінних ідей. Водночас у епілептоїдів можна спостерігати скрупульозну дріб'язковість, педантизм, скнарість, їм властиві також лицемірство й святенництво.

У всіх проявах «епілептоїдного» характеру наявні елементи дратівливості, озлобленості, гніву. Вони агресивні, прискіпливі, готові все критикувати й виправляти, вкрай злопам'ятні й мстиві, а також схильні до насильницьких дій. Цей постійний «акомпанемент» їхнього життя ускладнює взаємовідносини з іншими людьми.

Фізіологічну основу епілептоїдного характеру, за припущенням П. Б. Ганнушкіна, формують сила примітивних потягів із одного боку й в'язкість нервових процесів – із другого [20].

На основі створеної в 1933 році П. Б. Ганнушкіним класифікації психопатій, учений А. Є. Лічко в 1977 році сформував види акцентуацій характеру. На основі оцінки впливу трьох чинників: природи самого соматичного захворювання, типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру, і ставлення до цього захворювання в референтній для хворого групі, – А. Є. Лічко й Н. Я. Іванов у 1980 році розробили типологію психологічного реагування на хворобу [72, с. 234].

Таким чином, людям, хворим на епілепсію, властиві певні особливості характеру, пов'язані з хворобою й ставленням соціального оточення. У них відзначені виражені емоційні порушення адаптивних можливостей особистості й порушення міжособистісних взаємин, які негативно впливають на ВКЗ. Із розвитком дітей, хворих на епілепсію, змінюються взаємовідносини з іншими людьми, ставлення до світу, себе, здоров'я й хвороби, тому в нашому дослідженні важливо з'ясувати вплив віку на формування ВКЗ.

1.4. Вплив віку на формування внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Здійснивши аналіз основних підходів до вивчення ставлення до здоров'я й психологічних характеристик дітей, хворих на епілепсію, ми визначили, що ВКЗ цих дітей формується в процесі їх розвитку й значною мірою зумовлена особливостями кожного вікового періоду.

Багато з тих, хто вивчав особливості реакцій особистостей на захворювання, підкреслювали вплив віку на їх формування [61].

Як стверджує В. М. Кабаєва, в різні вікові періоди якісно змінюється структура ставлення до свого здоров'я. Найбільші відмінності характерні для поведінково й емоційного компонентів ВКЗ. У процесі розвитку ставлення до

власного здоров'я зростає ступінь узгодженості всіх компонентів внутрішньої картини здоров'я [48].

Досліджуючи віковий аспект формування внутрішньої картини здоров'я, вчений Д. Н. Ісаєв довів, що діти знають про обмежену можливість збереження здоров'я й усвідомлюють схильність людей до хвороб. Стійкі уявлення про ймовірність порушення здоров'я вони отримують лише після семи років. У віці десяти років дитина знає, що «бути здоровою» означає щось протилежне поняттю «бути хворою». У старших дітей існує велика тривога втратити здоров'я [45].

Вікові етапи розвитку дитини пов'язані з визначеними відповідними моделями поведінки, навичками й вміннями. На кожній стадії перед особистістю постають завдання й вимоги, які забезпечують психологічний і когнітивний перехід від одного вікового етапу до іншого. Наявність хронічного захворювання значно ускладнює такий перехід [108, с. 8].

Оскільки потреби, обов'язки й ресурси на кожному віковому етапі будуть змінюватися, то й реакція на захворювання в дітей різного віку буде відмінна. Важливо, щоб близьке мікросоціальне оточення цих дітей мали конгруентну інформацію для адаптації та належної взаємодії, з врахуванням особливостей та криз розвитку кожного вікового періоду.

За основу поділу дітей-епілептиків на вікові групи ми взяли періодизацію психічного розвитку дитини, створену Д. Б. Ельконіним і представлену в його статті «До проблеми періодизації психічного розвитку в дитячому віці» (1971).

У розвитку дітей Д. Б. Ельконін виділив стадії, вікові періоди, а не просто часові проміжки. Він розглядав вік як «відносно замкнутий період», значення якого визначене, насамперед, його місцем і функціональним значенням на загальній кривій дитячого розвитку [40, с. 42].

Піж час дослідження ВКЗ необхідно враховувати зовнішні й внутрішні умови розвитку, які визначають особливості віку дитини як тимчасової характеристики індивідуального розвитку. Своєрідність кожного вікового

періоду, визначають на основі соціальної ситуації розвитку дитини й провідного виду діяльності. Перехід від однієї провідної діяльності до іншої визначає зміну вікового періоду [62]; [84].

Доведено, що діти здатні адекватно висловлювати свою суб'єктивну думку стосовно власного здоров'я після 5 років [18, с. 99]. Тому, в нашому дослідженні вікової динаміки розвитку ВКЗ взяли участь діти, хворі на епілепсію, починаючи від молодшого шкільного віку.

У дослідженні представлені три вікові періоди, які були запропоновані Д. Б. Ельконіним у його схемі психічного розвитку в дитинстві:

- 1) молодший шкільний вік (7- 10 років);
- 2) підлітковий вік (11-14 років);
- 3) рання юність (15-17 років) [41, с. 75]; [105, с. 150].

Молодший шкільний вік є особливим періодом дитячого психічного розвитку (зрілого дитинства), який триває від 6/7 років до 10/11 років і відповідає періоду початкової освіти в сучасній школі. У цьому віці відбувається змінення образу й стилю життя: нові вимоги відповідно до нової соціальної (статусної) ролі – учня, принципово новий вид діяльності – навчання (основою якого є пізнавальний інтерес) [96, с. 167];.

У молодшому шкільному віці починає перебудовуватися інтелектуальна сфера. Основний напрямок розвитку мислення пов'язаний з переходом конкретно-образного мислення до словесно-логічного [105, с. 235].

У дітей молодшого шкільного віку розвиваються вищі почуття, такі як: естетичні, моральні, почуття товарищескості, співчуття, обурення від відчуття несправедливості [105, с. 238].

Провідною діяльністю для дитини в молодшому шкільному віці стає навчальна діяльність. Разом з навчальною інші види діяльності, які здійснює дитина цього віку, – гра, спілкування і праця впливають на особистісний розвиток та розвиток її ВКЗ. Навчальна діяльність – це діяльність саморозвитку, само зміни [76].

Доведено, що більшість дітей з епілепсією добре вчать у школі. Навчальні труднощі частіше пов'язані у них з поведінковими, ніж з фізичними проблемами. Важливий вплив на ставлення хворих дітей до школи мають відношення до них вчителів і поведінка інших учнів [108].

З навчанням дитини у школі відбуваються зміни в її взаєминах з оточуючими людьми. До кінця молодшого шкільного віку важливе значення для дітей, хворих на епілепсію, набувають стосунки з однолітками. У перших класах школи діти більше спілкуються з вчителями, проявляючи до них більший, інтерес, ніж до своїх однолітків. До 3 – 4 класів вчитель, як особистість, стає для дітей менш цікавою, менш значущою і авторитетною фігурою, поступово до середнього і старшого шкільного віку зростає інтерес до спілкування з однолітками. У віці 7 – 11 років починає розвиватися мотиваційно-потребнісна сфера і самосвідомість дитини [105].

У молодшому шкільному віці починає розвиватися самопізнання і особистісна рефлексія як здатність самостійно встановлювати межі своїх можливостей, внутрішній план дій, довільність, самоконтроль [105, с. 238].

Поява рефлексії як центрального новоутворення молодшого шкільного віку означає, що дитина стає здатною усвідомити те, що робить, аргументувати свої дії, обґрунтувати свою діяльність. Розвиток рефлексії змінює погляд дитини на навколишній світ, учень поступово навчається дивитись на себе начебто очима іншої людини – зі сторони – й оцінювати з цієї позиції свою діяльність [96, с. 183].

Вчений Д. Н. Ісаєв зазначає, що ставлення дитини до здоров'я є частиною її самопізнання або частиною її образу «Я». Образ самого себе містить сприйняття свого зовнішнього вигляду, своєї поведінки й своїх якостей. Образ «Я» формується під впливом досвіду й має констатувальний характер. Відбувається фіксація наявних якостей і можливостей. Приблизно до семи років образ «Я» стає адекватним, проте в цей час змістове уявлення про себе самого, однозначно, або позитивно, або негативно [47, с. 316].

Спілкуючись із однокласниками й іншими дітьми, епілептики отримують інформацію про себе, тобто збагачують свій Я-образ. Під час взаємодії з близькими відбувається динамічний розвиток Я-образу дитини.

Доведено, що після 7 років діти починають розуміти ризик захворювань і нещасних випадків. Дітей 8 – 9 років дуже цікавлять частини тіла, їх функції й своя зовнішність, причини хвороб і їх лікуванням. Міра задоволеності або незадоволеності собою в учнів молодших класів зумовлена їх зовнішнім виглядом. У 10-11 років діти мають схильність досліджувати своє тіло. Ставлення до здоров'я в молодших школярів, хворих на епілепсію, проявляються в іграх, в турбуванні про своє тіло, харчуванні [47, с. 318].

Як зазначає дослідник Д. Н. Ісаєв, стійкі уявлення про ймовірність порушення здоров'я діти набувають лише до 7 років. Він виділяє змістовий і оцінний образи «Я», пов'язані зі здоров'ям. Змістовий образ «Я» зводиться до знання про наявність у себе сили, спритності, координації рухів, уявлення про свій зовнішній вигляд. Оцінний образ «Я» (самооцінка) відображає результати порівняння цих якостей з іншими [47, с. 317].

На ставлення до здоров'я дітей, хворих на епілепсію, до завершення цього вікового періоду істотний вплив мають засоби масової інформації, соціальне оточення в школі, в дворі, а вплив сім'ї значно зменшується [84, с. 445].

У концепції Д. Б. Ельконіна підлітковий вік пов'язаний з новоутвореннями, які виникають з провідної діяльності попереднього періоду. Навчальна діяльність здійснює поворот від спрямованості на світ до спрямованості на себе [80, с. 354].

Доведено, що у 90% підлітків з епілепсією немає необхідності в обмеженні шкільного навантаження, вони можуть відвідувати загальноосвітні школи і коледжі та здатні засвоїти навчальну програму [25].

Як наголошує дослідниця І. В. Шаповаленко, у підлітковому віці поступово перебудовуються процеси мислення – оперування конкретними

уявленнями змінюється теоретичним мисленням. Теоретичне дискурсивне мислення будується на вмінні оперувати поняттями, зіставляти їх, переходити під час роздуми від одного судження до іншого [105, с. 253].

Як зазначає вчена І. В. Шаповаленко, в цьому віковому періоді діти стають особливо чутливими до думки однолітків і дорослих. Перед ними вперше гостро постають проблеми морально-етичного характеру. Авторка також наголошує, що часто в основі погіршення підлітків лежить порушення спілкування з однолітками. Якщо в молодшому шкільному віці вирішення проблеми успішності часто призводить до гармонізації спілкування з однолітками й підвищення самооцінки, то в підлітковому віці навпаки, зняття напруженості в спілкуванні може покращити успішність [105].

У підлітків, хворих на епілепсію, змінюється сприйняття людей, що їх оточують. Вчений Р. С. Немов звертає увагу на те, що еталони міжособистісного сприйняття, які використовує підліток, оцінюючи інших людей, стають все більш узагальненими й співвіднесеними не з думками окремих дорослих, як це було в молодшому шкільному віці, а з ідеалами, цінностями й нормами. З'являється новий рівень оволодіння соціальним досвідом у формуванні відносин у системі «Я й суспільство», які спрямовані на засвоєння норм людських взаємин. Міфи й хибні уявлення стосовно епілепсії, які існують у суспільстві, впливатимуть на ці відносини.

Головна нова риса, яка з'являється в підлітковий період – це вищий рівень самосвідомості. Підлітку властиве прагнення до пізнання й оцінки самого себе, до формування цілісного, несуперечливого образу «Я». Удосконалення самосвідомості в підлітковому віці характеризують особливою увагою дитини до власних недоліків [76]. Наявність епілепсії в підлітка може суттєво вплинути на ставлення до себе й інших людей.

У період підліткового віку стабілізуються риси характеру особистості; основні форми міжособистісного поведінки; визначаються її особисті та ділові інтереси; виявляються професійні схильності й здібності [76]. Обмеження, які

накладає епілепсія на виконання певних видів діяльності значно ускладнюють ці процеси.

У підлітковому віці формування ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, визначене їхнім «Я-образом». Дослідження С. В. Семенової показали, що в підлітків, хворих на епілепсію, в порівнянні зі здоровими однолітками, виявлено статистично значущий ступінь розбіжності «Я реального» та «Я ідеального», що свідчить про наявність внутрішнього конфлікту й може призвести до емоційних, когнітивних і поведінкових порушень.

Спотворення образу «Я» в дитини може бути в неадекватній самооцінці, яка негативно впливатиме на самоповагу – узагальненне ставлення особистості до себе. Знижена самоповага наявна в таких поведінкових особливостях, як конформність, залежність, надмірна чутливість до всього [84].

Сукупність переживань, уявлень і відчуттів підлітка стосовно свого фізичного вигляду може привести до спотворення образу «Я», що виявляється по-різному. У деяких підлітків визначальним чинником, що викривляє його Я-концепцію, є слабка рефлексія, виявлена в недостатньому усвідомленні своїх особистісних якостей і неадекватній самооцінці. У них спостерігають слабкість самоконтролю поведінки, імпульсивність, низький рівень пізнавальної активності. Такі підлітки не виявляють інтересу до проблеми здоров'я, фізичного розвитку, але вони можуть бути чутливі до свого тіла й зовнішності.

У деяких підлітків спостерігають ригідність Я-концепції: неадекватно завищена або занижена самооцінка. За наявності завищеної самооцінці в підлітка відзначають підвищений рівень домагань щодо своїх можливостей. Такі підлітки надмірно самовпевнені, своє ставлення до здоров'я вони вивляють у запереченні його значущості, зайвому експериментуванні над своїм тілом. У підлітків із заниженою самооцінкою спостерігають підвищену фіксацію на проблемах здоров'я, тенденцію до самозвинувачення, залежність від батьків.

Підлітки з адекватною Я-концепцією виявляють адекватне ставлення до свого здоров'я не тільки на когнітивному й емоційному рівні, а й на поведінковому. Вони відвідують спортивні секції, в них спостерігають пізнавальну активність, спрямовану на оцінку здоров'я загалом і свого зокрема [84, с. 447].

Самооцінка здоров'я є основою самоповаги підлітка, хворого на епілепсію. Однак самооцінка має двоякі функції, з одного боку, вона є когнітивним процесом: підлітка активно цікавлять проблеми здоров'я, він читає відповідну літературу, рефлексує з метою поліпшення своїх фізичних і психічних можливостей. З другого боку, в підлітковому віці самооцінка нерідко служить засобом психологічного захисту особистості.

Захисні механізми по-різному відображаються на внутрішній картині здоров'я дитини з епілепсією. В одному випадку дитина або підліток пригнічує в собі думки про здоров'я, заперечуючи свої внутрішні проблеми, пов'язані зі здоров'ям (заперечення). У другому – «забуває» про травматичну подію, пов'язану з неблагополучним здоров'ям (витіснення). У третьому – шукає вихід у самовиправданні й поблажливості до своїх проблем, пов'язаних зі здоров'ям (раціоналізація). У четвертому – намагається спотворити наявну реальність і займається самообманом (проекція, фантазування, регресія) [84, с. 450-453].

Психологічний критерій «входження» в юність пов'язаний із різкою зміною внутрішньої позиції, зі зміною ставлення до майбутнього. Якщо підліток, за словами Л. І. Божович, дивиться на майбутнє з позиції сьогодення, то юнак (старший школяр) – з позиції майбутнього.

В юності відбувається розширення тимчасового горизонту – майбутнє стає головним виміром. Важливо звернути увагу на те, що змінюється основна спрямованість особистості, яка тепер позначена як спрямованість у майбутнє, визначення подальшого життєвого й професійного шляху [105].

Специфічним завданням ранньої юності є прагнення соціального й особистісного самовизначення, що передбачає орієнтування й визначення свого місця у світі дорослих [96, с. 226].

У хворих на епілепсію відзначається дуже велике прагнення до самоствердження. Вони схильні постійно підкреслювати позитивні сторони своєї поведінки й водночас критикувати інших людей [55].

До закінчення школи більшість юнаків і дівчат стають практично морально сформованими людьми, тобто вони володіють зрілою й досить стійкою мораллю. У цей віковий період відбувається становлення моральної самосвідомості. Ранню юність характеризують переходом на новий рівень моралі – конвенціональний. Поряд з питаннями моралі, в цей період відбувається активний процес становлення світогляду. Стійкі погляди в період ранньої юності виявляються і щодо здоров'я [76, с. 236].

У період ранньої юності починається практична реалізації життєвих планів, які складаються до кінця підліткового віку. Відбувається професійне й особистісне самовизначення. У старших школярів формуються професійні вподобання. Але вони не завжди є досить продуманими й остаточними [76].

Як зазначає дослідниця І. В. Шаповаленко, спрямованість в майбутнє, поставлення завдань професійного й особистісного самовизначення впливають на весь процес психічного розвитку, в тому числі й розвиток пізнавальних процесів. Посилюється потреба в самостійному оволодінні знаннями, відбувається вдосконалення пам'яті.

У період ранньої юності з'являються можливості для створення ідеалів сім'ї, суспільства, моралі або людини для порівняння їх із реальністю, з метою реалізації [105]. Наявність хвороби може негативно вплинути на формування цих ідеалів. Довгострокові клінічні дослідження показують, що діти, хворі на епілепсію, на відміну від здорових дітей, схильні до більшого ризику бути безробітними, й мають менший коефіцієнт шлюбності в майбутньому (Dunn, 2003, Spangenberg & Lalkhen, 2006, Kerimoglu et al., 2010).

Для юності характерна підвищена увага до внутрішнього світу людини, але це не є роздуми тільки про себе, це думки про все: про людей, про світ, про філософські, побутові й інші проблеми. Вони знають як діяти в певних ситуаціях, їх рольова поведінка є досить гнучкою. В юнацькому періоді знижується гострота міжособистісних конфліктів і меншою мірою виявляється негативізм у взаєминах з іншими людьми.

У період від підліткового до раннього юнацького віку формуються багато інших особистісних якостей, але остаточне становлення особистості повністю не відбулося. Рання юність – це вік специфічних психологічних контрастів, які характеризують як внутрішній світ людини, так і сферу її міжособистісних відносин [76].

Внутрішня картина здоров'я в юнаків і дівчат є важливим складником їхньої «Я-концепції», яка містить установки спрямовані на здоров'я. Завдяки ВКЗ вони усвідомлюють свої фізичні та психічні можливості, здійснюють самооцінку здоров'я, а також суб'єктивно сприймають й оцінюють чинники, які впливають на здоров'я [47].

Отже, підсумовуючи теоретико-методологічні засади дослідження внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, доречно підкреслити ключові аспекти:

1. Психологічний феномен «внутрішня картина здоров'я» означений як складне динамічне утворення в самосвідомості людини, що містить суб'єктивне уявлення, знання людини про своє здоров'я; усвідомлення своїх біологічних ресурсів і можливостей; самооцінку здоров'я, способи його підтримання і збереження; емоційні переживання, пов'язані зі здоров'ям.

2. Структуру ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, формують такі взаємопов'язані компоненти: ціннісно-мотиваційний (цінність і значення здоров'я для людини, наявність мотивів, які спонукають піклуватися про своє здоров'я); когнітивний (уявлення й думки про способи збереження, зміцнення, підтримку й розвиток здоров'я); емоційний (переживання й емоції пов'язані із

здоров'ям); поведінковий (зусилля й дії людини, спрямовані на збереження й підтримку здоров'я).

3. Унаслідок хвороби в дітей із епілепсією спостерігають такі особливості характеру: виражені емоційні порушення адаптивних можливостей і міжособистісних взаємин, що виявляються, з одного боку, в підвищеній дратівливості, чутливості, тривожності, мстивості, прискіпливості. З другого боку, їм притаманні перебільшена люб'язність, улесливість і догідливість, шанобливість і ласкавість у звертанні. Полярні особливості характеру й емоційна лабільність дітей, хворих на епілепсію, впливають на формування ВКЗ.

4. Формування внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, пов'язане з проекцією об'єктивної реальності здоров'я, що у кожному віковому періоді має свої особливості. Починаючи з молодшого шкільного віку, діти можуть адекватно висловити свою думку стосовно здоров'я й мають стійкі уявлення про ймовірність його порушення. На розвиток ВКЗ молодших школярів істотний вплив має сім'я й психологічні новоутворення. У підлітковому періоді розвиток ВКЗ пов'язаний із фізіологічними змінами організму, потребою в самоствердженні, чутливістю до думки інших людей і Я-концепцією. У ранній юності ВКЗ особистості визначається її власним світоглядом і системою поглядів на життя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВОЇ ДИНАМІКИ РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

У другому розділі вироблено вихідні засади емпіричного дослідження динаміки внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, на основі системного біопсихосоціального підходу до її вивчення; вибудовано стратегію й представлено програму емпіричного дослідження; репрезентовано основні результати та висновки дослідження.

2.1. Концептуальна модель розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Здійснивши теоретичний аналіз особливостей внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, ми визначили, що цей психологічний феномен має складну структуру, тому потребує системного підходу до його дослідження.

Системний підхід передбачає вивчення ВКЗ як складної системи, ланки якої тісно взаємопов'язані й взаємозалежні одна від одної. Принцип системного підходу до ВКЗ дозволяє виділити не тільки її різні рівні та підсистеми, а й основні системоутворювальні чинники, які є основою формування ВКЗ [84].

На думку М. В. Савчина, тільки з допомогою систематики (моделі) можна теоретично досягнути ціле. У моделі кожне часткове набуває своєї визначеності й чіткості, що дає змогу його порівнювати й співвідносити [89, с. 26].

Завдяки моделі, дослідження стає зрозумілішим і чіткішим, а кожна систематика розширює наочне сприймання й свободу розгляду нескінченної предметності. Модель є засобом розгляду перспектив, водночас модель також має обмежувальний і релятивний характер [89 с. 26-27].

Системне мислення стало однією з характерних рис наукового пізнання в нинішньому столітті. Фундаментальні положення системної методології були описані А. А. Богдановим у його тритомній праці «Загальна організаційна наука (тектологія)», яку почали видавати з 1913 року. Його концепцію вважають історично першим варіантом загальної теорії систем.

Важливий вплив на становлення системної теорії мала наукова спадщина академіка В. М. Бехтерева та його послідовників: Б. Г. Ананьєва, М. Я. Басова, А. Ф. Лазурського, В. Н. Мясищева й ін. Заслуга звернення до системності на сучасному етапі психології належить Б. Ф. Ломову. На думку вченого, системний підхід – це єдина методологічна основа, на якій тільки й може бути розглянута природа психічного в безлічі внутрішніх і зовнішніх відносин, у яких вона існує як цілісна система [66].

Ми вважаємо доцільним для нашої наукової роботи дотримання, запропонованого Б. Ф. Ломовим, обов'язкового принципу до вивчення психічного як цілісної системи – принципу ієрархічності. Відповідно до цього принципу людина постає як складна жива система, життєдіяльність якої забезпечена на різних, але взаємопов'язаних між собою, рівнях функціонування. У нашому випадку такими рівнями є: біологічний, психологічний і соціальний, що відповідають біопсихосоціальній єдності особистості, визначеними вченим В. Н. Мясищев (1916 р.) [84, с. 44-45].

У дослідженні вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, ми розглядаємо здоров'я з позицій мультимодального біопсихосоціального підходу, запропонованого В. А. Ананьєвим. Згідно з цим підходом, здоров'я є інтегральною, системною властивістю людини, що полягає в здатності реалізовувати свої життєво важливі функції, а саме: фізичні, репродуктивні, психічні, соціальні, професійні й духовні в різних сферах життєдіяльності. Здоров'я є метахарактеристикою (ноуменом), надсистемною якістю, що не зводиться до суми його складників і властиве людині в цілому [4].

Біопсихосоціальний підхід також називають інтеграційним (від лат. *integrum* – ціле; інтеграція означає процес об'єднання будь-яких елементів/частин у одне ціле, процес утворення взаємозв'язків). Основний принцип біопсихосоціальної (інтеграційної) моделі виражає концепцію єдності душі й тіла. Всі сфери розвитку людини й чинники середовища перебувають у постійному взаємозв'язку.

Біопсихосоціальне розуміння здоров'я й захворювання виникло з появою вчення З. Фрейда в кінці XIX ст. Тривале панування дихотомії (поділу) на тіло й душу було переосмислене. Характерний для нового мислення холізм ґрунтується на цілісному уявленні про організм людини. Психічні процеси й соматичні прояви розглядають не окремо, а як взаємозв'язаний механізм.

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, розвиток особистості, її здоров'я, адаптація до життя чи поява захворювання є індивідуальними процесами, що залежать від комбінації генетичних і соціальних чинників людини [83].

Стосовно здоров'я й хвороби системний біопсихосоціальний підхід передбачає розуміння особливостей сфери здоров'я людини (а за наявності захворювань – особливостей їх проявів, перебігу, результату) як результату взаємодії комплексу внутрішніх і зовнішніх біологічних і психосоціальних чинників. За такої умови здоров'я є фізичним, психічним і соціальним станом, і його мають розглядати на відповідних рівнях. Важливу роль у формуванні ВКЗ дітей, хворих на епілепсією, відіграють біологічні й психосоціальні чинники, пов'язані з особливостями хвороби.

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, здоров'я – це інтегральна, системна властивість людини, яка полягає в здатності реалізовувати свої життєво важливі функції. Здоров'я не зводиться до суми своїх складників, а є результатом взаємодії комплексу внутрішніх і зовнішніх біологічних і психосоціальних чинників.

У методологічному плані системний біопсихосоціальний підхід робить необхідним усебічну багатовимірну й багаторівневу оцінку функціонування

людини та інтерпретацію результатів із урахуванням множинних взаємодій і взаємовпливів структурних елементів системи.

Варто погодитися з дослідницею І. І. Мамайчук, яка разом із використанням системного підходу, вказує на важливість особистісного підходу під час дослідження ВКЗ. Необхідно розглядати особистість у системі відносин, сформованих у онтогенезі в певних соціально-історичних, економічних і побутових умовах. Відносини, які вибудовує людина з суспільством і за допомогою суспільства, відображають її внутрішній світ, погляди й життєві позиції. Найважливішим у структурі відносин є ставлення людини до себе, що виявляються у результаті самопізнання, самосвідомості та емоційно-ціннісного відношення до себе.

Крім системи відносин, особливе значення під час вивчення ВКЗ, на думку І. І. Мамайчук, має дослідження особистості з позиції теорії діяльності, соціальної ситуації розвитку, а також вікового підходу. Зовнішні й внутрішні умови розвитку визначають особливості віку дитини як тимчасової характеристики індивідуального розвитку [84].

Як зазначає вчена Р. А. Березовська, під час аналізу ставлення до здоров'я важливо враховувати й чинник часу, що передбачає розгляд його становлення й динаміки. Дослідниця також наголошує, що формування ставлення до здоров'я є складним і суперечливим процесом, який зумовлений двома групами чинників: зовнішніми (характеристики навколишнього середовища: соціального й професійного, в якому перебуває людина) й внутрішніми (індивідуально-психологічними та особистісними особливостями людини, станом її здоров'я).

Важливим, на думку Р. А. Березовської, є цілеспрямоване формування правильного ставлення до здоров'я вже на ранніх етапах розвитку особистості, де особливу роль має сімейне виховання та навчання в початковій школі. Ставлення людини до свого здоров'я є внутрішнім механізмом саморегуляції діяльності й поведінки в цій сфері [84, с. 256].

Доведено, що ставлення до здоров'я може бути визначене як віковими характеристиками, так і типом особистості людини, а також ставленням до здоров'я у важливому для людини оточенні – мікросоціальному середовищі, до якого вона належить [4]; [56, с. 96].

Ми вважаємо, що розвиток ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, буде визначатися індивідуальними психологічними й віковими особливостями особистості, її фізичним станом, а також міжособистісними взаєминами, які діють на рівнях: сім'ї (батьки), соціальної допомоги (лікарі, психологи), соціальних інститутів (учителі, однокласники) й світу (інші люди). Відповідно до цих критеріїв, ми сформували модель розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію (рис. 2.1).

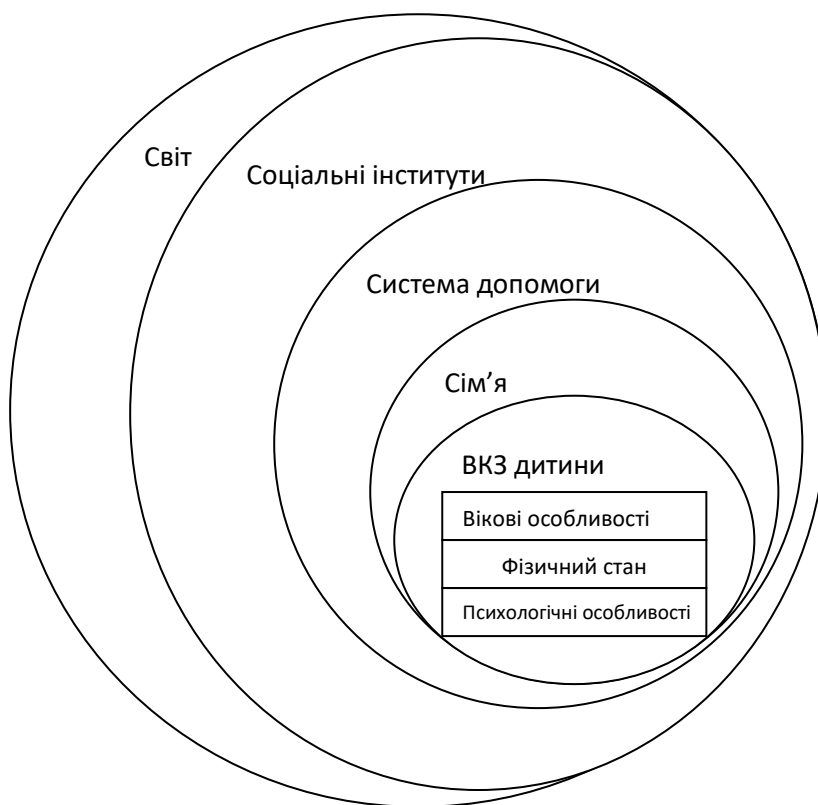


Рис. 2.1. Модель розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію

У контексті дисертаційної роботи, сім'ю ми розуміємо як розвивальний простір, тобто систему умов, що створюють можливості для розвитку як

кожного окремого члена сім'ї, так і всієї сім'ї як єдиного цілого. Це система зі зворотним зв'язком, у якій розвивається дитина, водночас поведінка дитини сама по собі привносить якісні зміни в умови розвитку [86, с. 199].

Вчені А. І. Кудлач, Б. В. Смичок і Л. В.Шалькевич довели, що психоемоційний стан батьків дітей, хворих на епілепсію, зазнає певних порушень. Важке захворювання викликає кризове реагування, як на рівні окремих членів сім'ї, так і сім'ї в цілому. У процесі поставлення діагнозу, усвідомлення ситуації, сім'я часто є дестабілізуючим, деструктивним чинником щодо лікування дитини. Водночас сім'ю мають розглядати як терапевтичний, стабілізуючий чинник, що допомагає дитині впоратися з хворобливими переживаннями й коригувати її поведінку [21, с. 86].

Сім'я є сполучною ланкою для здійснення системної допомоги дитині, хворій на епілепсію, й водночас члени сім'ї беруть активну участь у здійсненні цієї допомоги.

Системна допомога містить лікувально-реабілітаційні й профілактичні заходи, які здійснюють медичні працівники, психологи та рідні дитини, хворої на епілепсію. На нашу думку, психологічна допомога повинна мати міждисциплінарний підхід і бути спрямована на роботу не тільки з дитиною, а й з її близьким соціальним оточенням, до якого належать батьки, родичі, лікарі, педагоги, однокласники й ін. Кожен з них має іншу роль або позицію, але всі вони взаємодіють разом, щоб досягти тієї самої мети – благополуччя дитини, хворої на епілепсію. Внутрішня картина здоров'я має стати ключовим феноменом у побудові психологічної допомоги дітям, хворим на епілепсію.

Правильно здійснена системна допомога створює можливості для ефективної взаємодії дітей, хворих на епілепсію, з іншими людьми, сприяє їх входженню в соціальні інститути. Соціальна інтеграція цих дітей має велике значення для запобігання в них почуття меншовартості й страхів. Як уважає вчений М. Беасарт, люди з епілепсією відчують складнощі більше через

низький рівень обізнаності про цю хворобу в суспільстві, ніж через особливості її прояву [120, с. 484].

Непередбачуваність епілептичних нападів створює стресові ситуації як для дитини, хворої на епілепсію, так і для її близького оточення. Крім епізодичних нападів, є багато інших стресогенних чинників, пов'язаних з міфами стосовно епілепсії, які існують у нашому суспільстві. Для того, щоб сформуванати стратегію психологічної допомоги дітям, хворим на епілепсію, потрібно дослідити вплив біологічних, психологічних і соціальних детермінант на розвиток ВКЗ.

Для комплексного дослідження динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, нами було обрано такі методи:

- 1) клініко-психологічний метод: клініко-біографічний (клініко-анамнестичний) метод, анкетування й опитування;
- 2) експериментально-психологічний методи: стандартизовані опитувальники, проектні методики;
- 3) методи математичної статистики.

Обрані методи дають змогу розглядати ВКЗ як систему, що містить ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти.

На основі теоретичного аналізу й узагальнення літературних джерел із проблематики внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, ми сформували модель дослідження, яка дає змогу інтегрувати компоненти ВКЗ і визначили ключові параметри емпіричного дослідження:

- 1) уявлення, думки й знання про здоров'я, його збереження й зміцнення;
- 2) переживання, відчуття та емоції стосовно здоров'я та його погіршення;
- 3) цінність і значення здоров'я, мотиви, які спонукають турбуватися про своє здоров'я;
- 4) зусилля та дії дитини, спрямовані на збереження й підтримку здоров'я;
- 5) особливості прийняття матерями дітей, хворих на епілепсію, і ситуації хвороби дитини;

6) суб'єктивна оцінка якості життя батьками;

7) психоемоційний стан батьків, які виховують дітей, хворих на епілепсію.

Таким чином, теоретико-методологічну основу нашої дисертаційної роботи визначають цілісний (комплексний) системний підхід до вивчення людини й біопсихосоціальна модель здоров'я й хвороби, що розглядає здоров'я та стан хвороби з урахуванням біологічних, психологічних і соціальних детермінант. Системний біопсихосоціальний підхід до вивчення вікової динаміки ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, є основою для подальшої побудови й реалізації стратегії емпіричного дослідження.

2.2. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

2.2.1. Характеристика вибірки й етапи емпіричного дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Теоретичний аналіз особливостей внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, показав, що існує об'єктивна необхідність емпіричного дослідження вікової динаміки її розвитку.

Нами встановлено, що ВКЗ дитини, хворої на епілепсію, є феноменом, який детермінований різноманітними чинниками, зокрема, індивідуально психологічними й віковими особливостями особистості, динамікою й складністю захворювання, ВКХ, суспільним сприйняття захворювання і особливо ставленням батьків до хвороби та здоров'я своєї дитини.

Таке бачення зумовило розділити наше емпіричне дослідження на дві повноцінні частини. Перша частина – це дослідження особливостей ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, в різні вікові періоди розвитку, з урахуванням усіх вище

зазначених значущих моментів. Друга – присвячена дослідженню психоемоційного стану матерів на кожному віковому етапі розвитку дитини.

Основою нашого дослідження є припущення про важливу роль психологічних чинників у формуванні сфери здоров'я, насамперед ВКЗ. Компоненти ВКЗ (ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний і поведінковий) відображають своєрідність ціннісного осмислення, уявлень, оцінок, суджень, переживань і поведінки людини у зв'язку з завданням підтримки й збереження здоров'я.

Емпіричними гіпотезами нашого дослідження стали:

1. Існують закономірності побудови й вікова динаміка розвитку ВКЗ у дітей, хворих на епілепсію.
2. Провідною детермінантою розвитку ВКЗ є ставлення матері до здоров'я хворої дитини.
3. Корекція ВКЗ і ВКХ є ефективним методом реабілітації дітей, хворих на епілепсію.

Здійснення дослідження передбачає послідовне виконання таких завдань:

- визначення концептуальних основ щодо процесуальності й послідовності збору емпіричних даних;
- підбір адекватного психодіагностичного інструментарію;
- планування й проведення емпіричного вивчення вікової динаміки ВКЗ у дітей хворих на епілепсію.

Стратегія емпіричного дослідження містить: дослідження структурних компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, (ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного, поведінкового) в різні вікові періоди; аналіз різноманітних аспектів психологічних станів матерів і їх особливостей, залежно від тривалості захворювання дітей; виявлення закономірностей вікової динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

На основі представлених теоретико-методологічних засад і сформованої стратегії ми побудували наше емпіричне дослідження. Реалізацію емпіричного дослідження ми здійснювали в декілька етапів:

- 1) підбір оптимального до мети та завдань дослідження діагностичного інструментарію;
- 2) побудова вибірки дослідження із забезпеченням анонімності й добровільної участі;
- 3) діагностика вікової динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, за допомогою сформованого нами комплексу психодіагностичних методів;
- 4) первинна обробка результатів діагностики та пост-емпіричне інтерв'ю дітей і батьків;
- 5) статистична обробка результатів дослідження;
- 6) інтерпретація результатів дослідження й формулювання висновків.

На першому етапі було сформовано комплекс методів діагностики, який містив систему запитань для проведення бесід та інтерв'ю з респондентами; стандартизовані й проєктивні методики; авторський опитувальник. Також було побудовано стратегію цілеспрямованого спостереження за поведінкою досліджуваних і фіксації даних.

Зважаючи на те, що важливу роль у формуванні внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, відіграє ставлення їхніх матерів [56], ми підібрали два повноцінні комплекси психодіагностичних методик: перший – для дітей, хворих на епілепсію, а другий – для їхніх матерів.

Здійснивши теоретичний аналіз досліджуваної проблематики, ми виділили критерії ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, які представлені в авторському опитувальнику (Додаток А.1):

- 1) суб'єктивна оцінка свого здоров'я й хвороби;
- 2) ставлення до свого здоров'я й хвороби;
- 3) знання про способи підтримки й збереження здоров'я;
- 4) прийняття відповідальності за своє здоров'я;

5) залежність від батьків та інших людей.

Таким чином, сукупність підібраних нами взаємодоповнювальних методик дає можливість проаналізувати значущі чинники формування ВКЗ у дітей, хворих на епілепсію, на різних вікових етапах їх розвитку й досягнути мети нашого дослідження,.

Наступним етапом був відбір і розподіл респондентів за групами відповідно до поставлених завдань дослідження. Таким чином, вибірка складалася з двох груп. До першої групи входили діти віком від 7 до 18 років, які, на момент дослідження перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей із ураженням центральної нервової системи з порушенням функції опорно-рухового апарату обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Всім досліджуваним пацієнтам лікарями-неврологами відділення був поставлений діагноз – ідіопатична генералізована епілепсія.

Досліджувані були розділені на три підгрупи за віковими періодами психічного розвитку в дитинстві:

- 1) молодший шкільний вік (7- 10 років);
- 2) підлітковий вік (11-14 років);
- 3) рання юність (15-17 років) [41, с. 76].

Такий підбір дітей, хворих на епілепсію, зумовлений тим, що тільки з семирічного віку починає формуватися самосвідомість і суб'єктивна думка особистості стосовно власного здоров'я [18, с. 88]; [105].

У лікувально-реабілітаційному процесі дітей, хворих на епілепсію, велике значення мають батьки, які безпосередньо здійснюють лікувально-реабілітаційні заходи й детермінують розвиток ВКЗ [33, с. 164]. Людиною, яка найбільше піклується про хвору дитину, є матір, тому другою групою респондентів стали матері хворих дітей. Враховуючи те, що дослідження здійснювали в лікарні, де більшість дітей перебували з матерями, в нас була можливість визначити роль матерів у формуванні ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

Вибірка дослідження була сформована на добровільній основі, з дотриманням конфіденційності особистих даних. Усі діти та їхні матері дали згоду на проведення дослідження, а також виконали інструкції, передбачені застосованими методиками.

Дослідження було проведене в кабінеті психолога на базі лікувального закладу, індивідуально з кожним респондентом. У деяких випадках, у разі спільної згоди, хворі на епілепсію діти та їхні матері були разом. Дослідження тривало з березня 2015 року до березня 2017 року. У дослідженні прийняли участь 134 дитини віком від 7 до 18 років (із яких жіночої статі 47,8% й чоловічої 52,2%), а також 134 матері.

Склад вибірки репрезентував генеральну сукупність, тому висновки, отримані в результаті дослідження, можуть бути поширені на всіх дітей, хворих на епілепсію, віком від 7 до 18 років і їхніх матерів, а не тільки на представників цієї вибірки.

Дослідження передбачає спілкування психолога з дитиною та її матір'ю. Це спілкування умовно можна розділити на три етапи:

- 1) доекспериментальне спілкування;
- 2) експериментальне спілкування;
- 3) постекспериментальне спілкування [78, с. 91].

Під час доекспериментального спілкування ми підібрали, відповідний до завдань дослідження, контингент випробовуваних і запросили їх до співпраці, а також надали їм інформацію про добровільність та анонімність участі в дослідженні, ознайомили зі змістом і процесом його проведення. На цій стадії ми встановили емоційні стосунки з досліджуваними, створили атмосферу довіри й вибудували стратегію подальших етапів.

Як додатковий метод ми застосували цілеспрямоване спостереження, в результаті якого визначили рівень відповідальності й готовності потенційних респондентів брати участь у дослідженні.

На другому етапі спілкування ми проводили опитування респондентів, під час якого здійснювали контроль, реєстр відповідей і фіксація їх у протоколах дослідження. Опитування відбувалось у формах інтерв'ю й бесіди, основною метою яких було отримання інформації про уявлення, значення й переживання стосовно власного здоров'я дітей, хворих на епілепсію, і ставлення їхніх матерів до ситуації хронічного захворювання. Напівструктуроване інтерв'ю ми проводили у вільній і невимушеній формі, що дозволило нам установити довіру та контакт з респондентами.

Під час бесіди ми використали прийоми рефлексивного слухання, уточнення змісту почутого, резюмування сказаного й виділення основного. Важлива для дослідження інформація, отримана на основі вербальної комунікації, була зафіксована в письмовій формі.

Постекспериментальне спілкування спрямоване на пояснення фактів, які зацікавили випробуваних, відповіді на запитання дітей і матерів щодо досліджуваної проблеми й у цілому науково-психологічної тематики.

Постекспериментальне спілкування дало змогу отримати таку додаткову інформацію:

- бачення респондентами завдань і змісту дослідження;
- ставлення дітей, хворих на епілепсію, та їхніх батьків до предмету розмови;
- доповнення або обговорення результатів дослідження.

У разі потреби, за запитом, досліджуваним були надані додаткові психологічні консультації.

Інші етапи роботи потребують більш детального викладу, а тому будуть представлені у наступних підрозділах дисертації.

2.2.2. Обґрунтування та опис методів дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Для дослідження особливостей ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, на різних вікових етапах їх розвитку ми пропонуємо психодіагностичний комплекс методик, який виявляє чинники формування ВКЗ, а також особливості ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного й поведінкового компонентів ВКЗ:

- 1) авторський опитувальник для дітей і підлітків «Діагностика ВКЗ»;
- 2) методика «ЛОБІ»;
- 3) шкала самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю .Л. Ханіна;
- 4) проективна методика «Вибір цінностей і пріоритетів»;
- 5) проективна методика «Асоціації»;
- 6) складання розповіді «Моє здоров'я».

Авторський опитувальник побудований на основі пілотажного дослідження й містить запитання, відповіді на які відображатимуть ключові аспекти вікової динаміки ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

Основна мета опитувальника – на основі суб'єктивних думок дітей, хворих на епілепсію, визначити особливості їх уявлень, емоцій, знань і ставлення до свого здоров'я на різних вікових етапах розвитку.

Питання опитувальника відображають основні параметри авторського визначення ВКЗ і побудовані на основі глибокого теоретичного аналізу досліджуваної проблематики. Вони складені таким чином, що відповіді на них дають інформацію про всі структурні компоненти ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

Дані про ціннісно-мотиваційний компонент представлені в запитаннях 1 і 2, вони визначають цінність та значення здоров'я для дитини, наявність мотивів, які спонукають турбуватися про своє здоров'я.

Когнітивний компонент відображає думки про здоров'я, уявлення про способи його збереження й зміцнення, а також ознаки погіршення здоров'я, які розкриваються у 3-9 запитаннях.

Емоційному компонентові відповідають запитання під номерами 10 А й 10 Б, відповіді на які показують переживання, відчуття, емоції пов'язані зі здоров'я та хворобою дитини.

З 11 по 15 запитання стосуються поведінкового компоненту ВКЗ, вони відображають конкретні прийоми зміцнення свого здоров'я й дій у ситуаціях його погіршення.

Інші запитання опитувальника містять додаткові показники, такі як інтуїція, прагнення досягнення внутрішньої гармонії, прийняття відповідальності за своє життя.

Варто погодитися з думкою дослідника В. Є. Кагана про те, що внутрішня картина хвороби є частиною ВКЗ. Сприйняття й ставлення дитини до наявного захворювання визначатиме переживання особистістю свого актуального стану як здоров'я й хвороби [50].

Хвороба створює нову для дитини життєву ситуацію, яка містить: процедури й прийом ліків, спілкування з лікарями, перебудову відносин з близькими й однокласниками в школі. У нашому дослідженні важливим є визначення типу особистісної реакції дітей на епілепсію. Для цього ми використали методику «ЛОБІ» (особистісний опитувальник Бехтерівського інституту) (Додаток А.2). Діагностуємо, сформований під впливом хвороби, патерн ставлень до самої хвороби, до її лікування, лікарів і медперсоналу, рідних і близьких, оточення, роботи (навчання, самотності й майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит) [65, с. 1196].

Дослідники А. Є. Лічко й Н. Я. Іванов (1980 р.) розробили типологію психологічного реагування на хворобу на основі оцінки впливу трьох чинників: природи соматичного захворювання; типу особистості, в якому найважливіший

складоник визначає тип акцентуації характеру; ставлення до цього захворювання в референтній для хворого групі. Ми вважаємо, що врахування цих чинників у нашому дослідженні дозволить визначити основні детермінанти розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

Типи реагування на хворобу в методиці об'єднані за блоками. Перший блок містить типи ставлення до хвороби, за яких соціальна адаптація суттєво не порушена – це гармонічний, ергопатичний і анозогнозичний типи. До другого й третього блоків належать типи, які через захворювання характеризують наявністю психічної дезадаптації.

Другий блок типології містить типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний і апатичний. Особливістю цієї групи є те, що емоційно-афективна сфера відношень у дітей і підлітків із цими типами реагування клінічно виявляється в дезадаптивній поведінці: реакції за типом дратівливої слабості, тривожності, пригніченого стану, «поринання» в хворобу, відмови від боротьби – «капітуляція» перед хворобою й т. д.

Третій блок представлений типами реагування з інтерпсихічною спрямованістю. До цього блоку належать типи з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості: сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дисфоричний. Дітей і підлітків із цими типами ставлення до епілепсії у разі різних емоційно-афективних реакцій характеризують дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення їх соціального функціонування [72. с. 236].

Ставлення до хвороби містить когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти, які, на нашу думку, доцільно враховувати під час дослідження ВКЗ дітей, хворих на епілепсію. Когнітивний компонент містить знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі і впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний компонент – це відчуття й

переживання хвороби й усієї ситуації, що з нею пов'язана. Поведінковий компонент – це пов'язані з хворобою реакції, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї й вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття або неприйняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування й т. д.).

Доповнення діагностики типів ставлення до хвороби ми здійснювали за допомогою розпитування хворого, спостереженням за його поведінкою, збором відомостей від рідних і медичного персоналу.

Одним із складників ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, є емоційний компонент, який виявляється в емоційному реагуванні на здоров'я, в тому числі переживань у ситуації його погіршення. Зіткнувшись із хронічним захворюванням, люди, як правило, стають тривожними, оскільки хвороба може становити загрозу втрати незалежності, викликає занепокоєння й страх невідомого [108, с. 7].

Дослідження показали, що в дітей із підвищеною особистісною тривожністю спостерігають виражене спотворення внутрішньої картини здоров'я й хвороби. Відзначено спотворення ВКЗ у бік підвищеної уваги до свого здоров'я, що виявляється в надмірній недовірливості. Вони мають істотне порушення адаптивної поведінки, що нерідко призводить до вторинних особистісних реакцій на хворобу, таким як «відхід у хворобу» [70].

Епілептичні напади за своєю природою є непередбачуваними, що, на нашу думку, впливатиме на рівень тривожності хворих дітей. Ми вважаємо доцільним для нашого дослідження визначити рівень тривожності дітей, хворих на епілепсію, за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна (Додаток А.3), призначеної для оцінки ситуативної (реактивної) й особистісної тривожності.

Особистісну тривожність автори розглядають як відносно стійку індивідуальну якість особистості, яка характеризує міру її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових чинників.

Важливим для нас є визначення ситуативної тривожності, яка характеризує міру занепокоєння, турботи, емоційної напруги й розвивається в конкретній стресовій ситуації. У контексті нашої наукової роботи цією ситуацією є перебування досліджуваних на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей із ураженням центральної нервової системи з порушенням функції опорно-рухового апарату обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська.

Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан ситуативної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за мірою вираженості [17].

Динаміку зміни цінності й значення здоров'я для дітей, хворих на епілепсію, які представлені в ціннісно-мотиваційному компоненті ВКЗ, ми досліджували за допомогою проєктивної методики «Вибір цінностей і пріоритетів». Методика показує усвідомлення цінності свого здоров'я й наявність мотивів, які спонукають дбати про нього.

Ми запропонували дітям дати відповідь на запитання: «Що б ви хотіли отримати в подарунок?» і пояснили, що це має бути річ, яку не можна купити. Вибір досліджуваних уточнили під час бесіди з респондентами.

Додатковим методом отримання інформації про розуміння й ставлення дітей, хворих на епілепсію, до здоров'я був метод словесних асоціацій. Метод словесних асоціацій (асоціативний тест) ґрунтується на застосуванні слів як стимулів.

Стандартний асоціативний тест був розроблений Ф. Гальтоном і К. Юнгом і отримав подальший розвиток у дослідженнях Дж. Брунера, Р. Лазаруса, А. Лурії. Загальна схема асоціативного експерименту являє собою надання респондентові слова або виразу – стимулу, на який він відповідає першими словами, що спали йому на думку.

Словесні асоціації є результатом сприйняття й переосмислення людиною об'єктивної дійсності крізь призму власного життєвого досвіду, її культурного й соціального рівнів [13].

Ми вважаємо, що наявність захворювання й вікові особливості значно вплинуть на сприйняття дітьми слів, зміст яких пов'язаний із ВКЗ. У нашому дослідженні цими словами були: «дитина», «хвороба», «здоров'я».

Комплексне дослідження вікової динаміки ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, ми доповнили методикою складання розповіді на задану тему. Респондентам було запропоновано скласти розповідь на тему: «Моє здоров'я». Враховуючи вікові особливості вибірки, діти молодшого шкільного віку складали казки. Складений дітьми текст був індикатором усіх структурних компонентів ВКЗ.

З метою виявлення й вимірювання чинників розвитку й тенденцій динаміки ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, відображених у їх розповідях, нами був застосований метод якісно-кількісного аналізу змісту текстів – контент-аналіз. Цей метод дозволяє виявити ставлення до свого здоров'я і хвороби, особливості мотивації, стратегії поведінки й індивідуальні відмінності ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

Згідно з нашою моделлю розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, важливу роль у її формуванні відіграє ставлення матерів [56]. Тому для надійного дослідження необхідна психодіагностика матерів на кожному віковому етапі розвитку дитини. Пропонуємо комплекс психодіагностичних методик для матерів:

- 1) методика визначення домінантного стану: короткий варіант (Л. В. Куліков);
- 2) опитувальник «Прогноз -2» (В. Ю. Рибніков);
- 3) коротка форма оцінки здоров'я (MOS SF-36);
- 4) опитувальник депресивності Бека (Beck Depression inventory – BDI);
- 5) шкала безнадійності Бека.

Ми припускаємо, що ступінь, якою епілепсія впливатиме на дитину, залежатиме від станів і настроїв її матері. Для діагностики стійких (домінантних) станів матерів дітей, хворих на епілепсію, нами була застосована методика Л. В. Кулікова.

Нами використаний короткий варіант методики визначення домінантного стану, який містить шість шкал:

- 1) шкала «активне – пасивне ставлення до життєвої ситуації»;
- 2) шкала «тонус: високий – низький»;
- 3) шкала «спокій – тривога»;
- 4) шкала «стійкість – нестійкість емоційного тону»;
- 5) шкала «задоволеність – незадоволеність життям у цілому (його перебігом, процесом самореалізації)»;
- 6) контрольна шкала «позитивний – негативний образ самого себе» [59, с. 30-35].

Для того, щоб матір стала опорою під час загострення хвороби, могла допомогти дитині справлятися зі стресами вона повинна мати високий рівень нервово-психічної стійкості. Доведено, що існує підвищена ймовірність проблем з психічним здоров'ям у матерів, діти яких хворі на епілепсію [118, с. 45]. Тому для визначення рівня нервово-психічної стійкості ми використали методику В. Ю. Рибнікова «Прогноз-2» (Додаток А.5).

Методика «Прогноз-2» не тільки дозволяє виявити окремі ознаки особистісних порушень, а також оцінити ймовірність виникнення нервово-психічних зривів. Якісний аналіз відповідей дозволяє уточнити окремі біографічні відомості, особливості поведінки й стану психічної діяльності матерів у різних ситуаціях.

Доведено, що епілепсія може мати наслідки не тільки для дитини, але й для всієї її сім'ї. Існує підвищена ймовірність проблем із психічним здоров'ям, стресом, скороченням соціальних можливостей, зниженням самооцінки в сім'ях дітей, хворих на епілепсію [118, с. 44].

Важливим завданням для ефективного комплексного лікування дітей, хворих на епілепсію, є покращення якості життя їх сімей. Епілепсія, як одне з найбільш стигматизувальних захворювань, чинить негативний вплив на всі сторони життя хворого: здобуття освіти, взаємодію з іншими людьми, в майбутньому працевлаштування, рівень соціального функціонування й створення сім'ї, тобто на якість життя в цілому [22, с. 47].

Низький рівень інформованості родичів про особливості епілепсії, побоювання, пов'язані з непередбачуваністю приступів, соціальні обмеження впливають на процеси адаптації та якість життя як дитини, так і членів її сім'ї. За даними зарубіжних авторів, значний вплив на якість життя дітей здійснюють: наявність супутніх захворювань, тривога батьків, контроль над нападами, число препаратів, які приймає дитина [120].

Емоційні чинники, обмеження в соціальній сфері, залежність від особливостей зовнішнього середовища дитини, хворої на епілепсію, з перших років життя, можуть виявитися для неї й її батьків важливішими, ніж симптоми захворювання. Тому, в нашому дослідженні важливо дослідити якість життя матерів, діти яких хворіють на епілепсію.

У загальному, «якість життя» можна схарактеризувати як здатність кожного індивіда повноцінно функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального становища й можливість отримувати задоволення від життя [22, с. 47].

На нашу думку, для дослідження якості життя матерів дітей, хворих на епілепсію, найкраще підходить опитувальник RAND SF-36 (Додаток А.6), який є високоінформаційним, надійним і економним методом інтегральної оцінки фізичного, психологічного, емоційного функціонування особистості, заснованого на її суб'єктивному сприйнятті.

Опитувальник RAND SF-36 дозволяє оцінити загальні критерії якості життя. В оригінальній версії він містить 8 основних доменів, стосовно: фізичної функції, обмеження через фізичне здоров'я, обмеження через

емоційне здоров'я, стомлюваності, емоційного благополуччя, соціальної активності, відчуття болю й загального здоров'я. Поширенню опитувальника сприяли його широка міжнародна адаптація та валідність.

У зв'язку зі специфікою вибірки й необхідністю отримання даних у ситуації оцінки якості життя сім'ї матерями епілептиків, було адаптовано запитання в опитувальнику. Результати представлені у вигляді оцінок за 7 шкалам, складених таким чином, що вища оцінка вказує на кращу якість життя:

1. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану дитини на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).
2. Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю дитини та її вплив на здатність матерів займатися повсякденною діяльністю.
3. General Health (GH) – загальний стан здоров'я дитини, який показує оцінку матерями стану здоров'я дитини зараз і перспективу лікування.
4. Vitality (VT) – життєва активність, яка передбачає відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим.
5. Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, визначене ступенем, у якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).
6. Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності.
7. Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я, що характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій) [22, с. 49].

Ми вважаємо, що через наявність хронічного захворювання матері дітей, хворих на епілепсію, постійно хвилюються й живуть з відчуттям невизначеності стану здоров'я дитини. Такі переживання можуть призвести до наявності в матерів депресії.

Для діагностики депресій різного ступеня вираженості ми застосували Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression inventory – BDI) (Додаток А.7). Вважають, що депресія, діагностована за допомогою опитувальника Бека, є золотим стандартом порівняно з клінічними показниками. Окрім того, шкалу А. Бека використовують як золотий стандарт для оцінки валідності інших шкал, призначених для діагностики депресії.

Шкалу А. Бека використовують для характеристики ступеня вираженості депресії за самооцінкою. Вона охоплює 21 категорію симптомів і скарг (у скороченому варіанті – 13): знижений настрій, песимізм, відчуття незадоволеності собою, провини, самозвинувачення, дратівливість, нездатність до роботи, порушення сну тощо. Кожна категорія містить 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам / симптомів депресії. Ці твердження ранговані за ступенем збільшення питомого вкладу симптома в загальний ступінь тяжкості депресії [7].

Встановлення діагнозу епілепсія дитині є серйозним навантаженням для рідних і особливо для матерів, що зумовлено страхом перед клінічними проявами, а також переживанням смутку, провини, безпорадності [90, с. 22]. У результаті цього в матерів може бути сформоване негативне ставлення до майбутнього.

Шкала безнадійності Бека (Додаток А.8) визначає вираженість негативного ставлення людини до суб'єктивного майбутнього. Вона була розроблена в Центрі когнітивної терапії медичної школи університету Пельсільванії (США).

У цьому випадку, безнадію розглядають як систему когнітивних схем, загальною ознакою яких є негативне змалювання очікувань відносно найближчого й відділеного майбутнього (концепція Стотланд). Індивіди з високими показниками безнадійності вірять:

- що все в їхньому житті буде йти не так;
- що вони не стануть успішними;
- що вони ніколи не досягнуть своїх цілей;

– що їхні проблеми ніколи не будуть вирішені.

Такий опис безнадії відповідає третьому компонентови негативної тріади когнітивної моделі депресії Бека, згідно з якою депресивний стан визначають негативний Я-образ, негативний образ свого функціонування в теперішньому й негативний образ майбутнього.

Отже, на основі системного біопсихосоціального підходу ми сформували стратегію дослідження вікової динаміки ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, та визначили комплекс психодіагностичних методик.

2.3. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію: результати констатувального дослідження

2.3.1. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію

На порозі шкільного життя у дітей, хворих на епілепсію, виникає новий рівень самосвідомості який визначають словосполученням «внутрішня позиція». Ця позиція є усвідомленим ставленням дитини до себе, до людей, що їх оточують, подій і справ, до свого здоров'я й хвороби; таке ставлення, яке вона чітко може висловити діями і словами. Внутрішня позиція дитини молодшого шкільного віку є визначальною у формуванні всіх компонентів її ВКЗ.

У результаті нашого дослідження ми встановили, що ВКЗ дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію, має свої особливості. Молодші школярі про своє здоров'я дізнаються в основному від батьків (46,67%), власному самопочуттю довіряє кожна п'ята дитина цієї групи, 20% досліджуваних зазначили, що бути здоровими їм допоможуть батьки. Отримані показники свідчать про тісний зв'язок і залежність у цьому віковому періоді дітей, хворих на епілепсію, від своїх батьків.

Складаючи розповідь про здоров'я, тільки в групі молодших школярів, 10% дітей вказували, що хвороби виникли через те, що головні герої «не слухали батьків». Вони також надавали найбільшого значення психологічним причинам епілептичних приступів. Молодші школярі вказують на те, що перед приступом їх хтось «рознервував» (32,5%), «налякав» (15%), «образив» (12,5%).

Третина молодших школярів вказують, що розпізнати появу епілептичних нападів неможливо, ніяких змін свого фізичного й психічного стану перед приступами вони не відчують. Це пояснюється відсутністю досвіду й знань у дітей цього вікового періоду [29, с. 114] Можна погодитися з думкою Г. С. Нікіфорова, що когнітивний компонент ВКЗ значною мірою залежить від віку й рівня розвитку інтелекту дитини [84, ст. 438].

Молодші школярі, на відміну від старших досліджуваних дітей, надали менше варіантів визначення поняття «здоров'я». Отримані результати підтверджують висновки зроблені вченою В. В. Блюм стосовно здорових дітей. Вона визначила, що в молодшому підлітковому віці спостерігається недостатність когнітивного компоненту ВКЗ, що виявляється у відсутності чітких, диференційованих уявлень про здоров'я й здоровий спосіб життя [11].

З активним способом життя здоров'я порівняли 52,5% молодших школярів, хворих на епілепсію. Проте, 62,5% опитаних цієї групи у своїх розповідях зазначили пасивну позицію щодо вилікування: «лікар полікував хворобу», «мама допомогла йому стати здоровим», «Максим з'їв таблетку і виздоровів». Розуміння здоров'я так само, як і ставлення до нього, пов'язані не тільки з набуттям певних знань, а й з виникненням складних розумових операцій [47, с. 318].

Відсоткова частина досліджуваних, які чітко виконують рецепти й призначення лікарів, найвища в групі молодших школярів і становить 77,5%. Більшість із них наголосили, що за дотриманням лікарських призначень стежать їхні матері. Варто зауважити, що тільки у цій групі 10% дітей вказали у

складених розповідях, що головний герой стане здоровим завдяки виконанню лікарських призначень.

Коли дитина молодшого шкільного віку усвідомлено турбується про своє здоров'я, вона може виробити певну стратегію поведінки щодо збереження й зміцнення здоров'я. Така стратегія виявляється через систематичне дотримання гігієнічних норм і правил, раціональне харчування, знайомство зі спеціальною літературою тощо [84, с. 445].

Вчений Д. Н. Ісаєв наголошував, що в уявленні молодших школярів здоров'я залежить від дотримання режиму й гігієни. У питаннях збереження здоров'я діти покладаються насамперед на допомогу батьків [47].

Ми визначили, що покращення свого здоров'я молодші школярі пов'язують із часом. На їхню думку, вони будуть здоровими через певний проміжок часу (35%), наприклад, коли їх выпишуть із лікарні. У розповідях 12,5% з них також вказали темпоральні характеристики: «через тиждень хвороба минула», «пізніше вона виздоровіла».

Діти молодшого шкільного віку, хворі на епілепсію, асоціювали здоров'я з такими емоціями як радість, спокій, щастя, а також з активністю. Ці емоції вони найчастіше переживали, коли відчували себе здоровими: «радість» (65%), «спокій» (62,5%), «щастя» (57,5%), інші показники набрали менше половини виборів.

Описуючи свій психологічний стан у ситуації погіршення здоров'я, молодші школярі відзначили, що в цьому випадку вони переважно відчують «смуток» (52,5%), «паніку» (50%) й «злість» (47,5%). Про такі самі емоції розповідали діти, які слово «хвороба» асоціювали з собою (37,5 %): «хвороба – це коли я зла», «хвороба – мені сумно».

З формуванням логічного мислення в дитини, хворої на епілепсію, підвищується усвідомлення своїх фізичних і психічних можливостей. Довільність і вольова регуляція поведінки зі сфери пізнавальних процесів у молодшому шкільному віці поширюється на сферу почуттів [76]. Варто

погодитися з думкою І. І. Мамайчук, що в молодших школярів переважає безпосередньо-чуттєве ставлення до свого здоров'я [84].

Емоційні переживання дітьми молодшого шкільного віку стосовно здоров'я й хвороби відобраєні в їхніх розповідях. Якщо головний герой здоровий або його роль виконує саме здоров'я, то вони наділені такими емоційними судженнями: «здоров'я було радісне й щасливе», «здорова Мартуся весела». Коли діти описували головного героя в ситуації погіршення здоров'я або розказували про хворобу, то більшість із них вказували на зниження життєвої активності, втрату інтересу до гри й навчання, а також наявність таких емоцій: сум, тривога, злість, страх.

У молодшому шкільному віці відзначаються перші спроби стримування емоцій, безпосередніх імпульсів і бажань [76]. Тому, важливо, щоб матері дітей, які хворіють на епілепсію, навчилися розуміти емоційні стани своїх дітей.

Чим старшою стає дитина, тим частіше на першому плані є емоційні оцінки здоров'я. У молодшому шкільному віці ставлення до здоров'я ще не аналізується, воно не наявне в смисловій структурі. Переважання емоційних суджень про здоров'я зумовлене конкретно-ситуативним характером розумових операцій у дітей молодшого шкільного віку [84].

Емоційні переживання стосовно здоров'я, розуміння свого стану й поведінка дитини в лікувальному процесі пов'язані з її ставленням до хвороби. Ми встановили, що серед дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію переважають егоцентричний (35%) та іпохондричний (25%) типи реагування на хворобу, також у 20% дітей цієї групи ми виявили сенситивний тип (рис. 2.2).

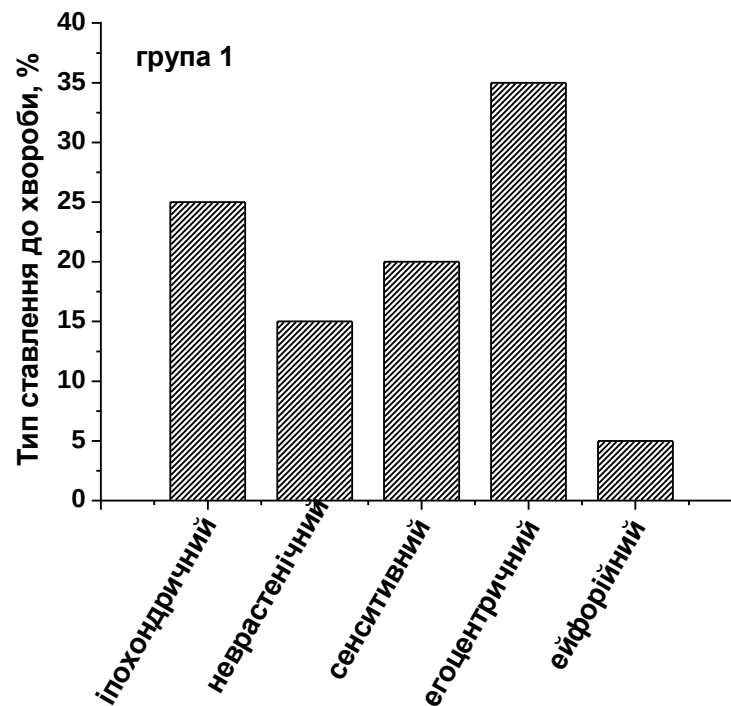


Рис. 2.2. Типи реагування на хворобу дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію

Егоцентричний тип реагування інколи називають істеричним, бо основним мотивом поведінки людини стає притягнення до своєї персони уваги інших людей. Його характеризують «зануренням у хворобу» дітей молодшого шкільного віку. Досліджувані, яким притаманний цей тип реагування на епілепсію, показують іншим людям свої страждання та переживання з метою привернення їхньої уваги. Вимагання виключної турботи про себе пов'язане, на нашу думку, з тим, що тільки 55% дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію, вважають себе відповідальними й збереження та зміцнення свого здоров'я (рис. 2.3).

Досліджувані першої вікової групи (7-10 років) мають тісний емоційний зв'язок із батьками (або людьми, які їх замінюють), вони занурені в ці почуття й ще не вміють рефлексувати [87, с. 258]. Тому, на нашу думку, більшість молодших школярів вважають, що за їхнє здоров'я відповідають батьки.



Рисунок 2.3. Показник відповідальності за здоров'я в групі 1

Доведено, що до дев'ятирічного віку діти практично повністю копіюють ставлення близьких дорослих до свого захворювання [35, с. 132]. Від поведінки батьків, їх знання, розуміння й ставлення до епілепсії залежатиме тип реагування на хворобу дітей. Особливості сімейного виховання значною мірою визначають ставлення дітей до здоров'я.

Найчастішими реакціями, які притаманні батькам хворих дітей є занепокоєння, заклопотаність, страх за дитину. Природно, що вони бережуть дітей і бояться за них, проблемою це стає лише в тому випадку, якщо страхи перебільшені й батьки надають захворюванню надто великого значення [33, с. 163].

Результатом надмірної уваги до хвороби дитини з боку її близьких є іпохондричний тип реагування на епілепсію дітьми молодшого шкільного віку. Для іпохондричного типу характерні зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, прагненням постійно розповідати про них іншим людям. Діти, хворі на епілепсію, часто звертають увагу співбесідника на незвичність і тяжкість хворобливих ознак. Люди, які мають іпохондричний тип ставлення до хвороби схильні до деталізації свого самопочуття при описуванні його лікарям та іншим слухачам.

Більшість дітей молодшого шкільного віку охоче розказують про особливості їх епілептичних нападів, свої відчуття й поведінку під час них, особливо яскраво вони описують перший випадок. Головними героями придуманих історій про здоров'я здебільшого є самі діти. Варто зауважити, що тільки в групі молодших школярів третина дітей вказувала героїв протилежної статі.

Вважають, що пацієнти з іпохондричним типом реагування схильні до егоцентризму [72]. Більшість дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію (70%), асоціювали поняття «здоров'я» й «хвороба» безпосередньо з собою. Водночас «здоров'я» досліджувані розуміли як відсутність ознак хвороби: «Здоров'я – це коли мене нічого не болить».

Потрапляючи в середовище однолітків, діти, хворі на епілепсію, починають розуміти, що вони відрізняються від інших здорових дітей. Непередбачуваність епілептичних нападів і їхні виражені прояви створюють нерозуміння й негативні реакції з боку близьких хворої дитини. Вона може страждати від відчуття несправедливості, через хворобу в неї може бути менше друзів.

Переживання дітьми молодшого шкільного віку через негативні враження, які здійснюють на інших людей епілептичні напади, призводять до сенситивного типу сприймання своєї хвороби. Таке ставлення до епілепсії виражається через побоювання, що інші люди стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або негативні відомості про причину й природу хвороби. Надмірні переживання дітей виявляються в підвищенні рівня їх особистісної й ситуативної тривожності (рис. 2.4).

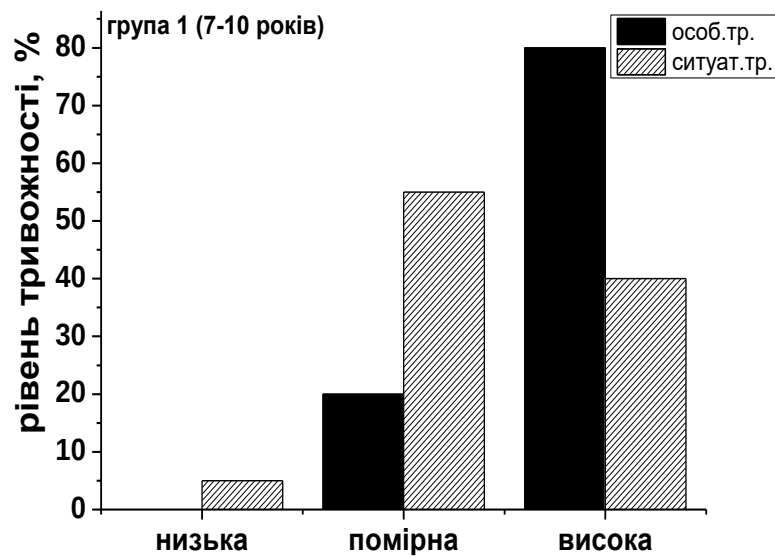


Рис. 2.4. Рівень ситуативної та особистісної тривожності у групі 1

Отримані результати в дітей пояснюємо показниками високого рівня тривожності в їхніх матерів. У порівнянні з іншими віковими групами, матері дітей молодшого віку найбільше хвилюються й мають найгірші показники рівня генералізованої тривоги та емоційної стійкості.

Основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на погляди й оцінку інших людей. У зв'язку з цим суттєвими стають не особисті хворобливі або неприємні відчуття внаслідок хвороби, а реакція на інформацію про хворобу з боку найближчого оточення дитини, тобто сім'ї. Тому, ми вважаємо, що пів час здійснення психологічної допомоги дітям молодшого шкільного віку, хворим на епілепсію, важливе значення має бути надане роботі не тільки з дітьми, а й з їх родичами.

Таким чином, формування усвідомленого й емоційно-оцінного ставлення до здоров'я в дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію, відбувається в процесі їхньої взаємодії з найближчим соціальним оточенням, важливе місце серед якого займають батьки.

2.3.2. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків, хворих на епілепсію

Перехід до підліткового віку дітей, хворих на епілепсію, характеризують глибокими змінами умов, які впливають на розвиток особистості. Організм дитини починає швидко перебудовуватися і перетворюватися в організм дорослої людини. Підліток починає відчувати себе дорослим і хоче, щоб інші люди визнавали його самостійність і значущість. Залежність від батьків та інших людей, пов'язана з особливостями епілепсії, може викликати в підлітків труднощі, що негативно відображатимуться на формуванні їхньої ВКЗ.

У підлітковому періоді важливий вплив на дитину, хвору на епілепсію, мають фізіологічні зміни; рівень розвитку її пізнавальних процесів, інтелекту й здібностей; відносини що складаються у неї з дорослими людьми й однолітками.

У результаті емпіричного дослідження, ми встановили, що в кожній віковій групі діти розглядають здоров'я як одну з найбільших цінностей, але особливо виняткового значення йому надали представники другої групи – підлітки, хворі на епілепсію. Більшість із них (60,87%) вказали, що здоров'я є невід'ємним складником життя, а 15,22% досліджуваних цієї групи асоціювали з нею поняття «здоров'я». Отримані нами дані підтвердили результати дослідження В. В. Блюм, яка довела, що підлітки визнають високу ієрархічну цінність здоров'я [11].

У підлітковому віці діти, хворі на епілепсію, частіше, ніж досліджувані інших вікових категорій пов'язували здоров'я з матеріальним достатком, чверть опитаних другої групи зазначили, що «здоров'я можна купити за гроші». Це можна пояснити вірою підлітків у покращення здоров'я за допомогою більших матеріальних укладень, а також недостатністю матеріальних ресурсів їхніх батьків [29, с. 113]

У підлітковому віці сформовується мотиваційна сфера людини, в тому числі цінність і значущість здоров'я. Головними мотиваційними лініями,

пов'язаними з активним прагненням до особистісного самовдосконалення, є самопізнання, самовираження й самоствердження [76].

Погоджуємося з думкою дослідниці О. С. Лісової про те, що якщо здоров'я займає першу позицію в системі цінностей людини, тоді її поведінка ініційована й спрямована специфічним мотивом, який ми називаємо волею до здоров'я [56, с. 98]. Таким чином, воля до здоров'я дітей, хворих на епілепсію, найбільше виражена в підлітковому віці. Це пояснюється бажанням самореалізації в майбутньому, що можливе тільки за наявності здоров'я.

На думку підлітків, здоров'я є цінністю й невід'ємним складником їхнього життя, але, порівняно з іншими віковими групами, вони найменше суб'єктивно потребують його: тільки 34,78% «хотіли отримати здоров'я в подарунок». З підліткового віку хворі на епілепсію, починають задумуватися про покращення здоров'я для своїх близьких, насамперед батьків.

Якщо більшість молодших школярів вважають, що за їхнє здоров'я відповідають батьки, то підлітки разом із батьками й близькими родичами вказують медичний персонал. Таким чином, з віком зростає не тільки суб'єктивна відповідальність за своє здоров'я (69,6%), а й розуміння ролі інших значущих дорослих у житті дитини, хворої на епілепсію (рис. 2.5).

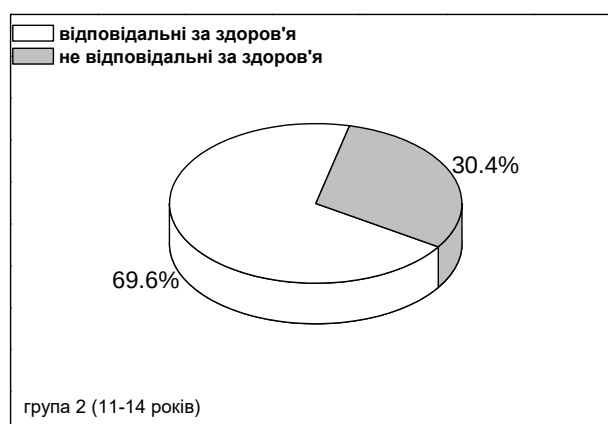


Рис. 2.5. Показник відповідальності за здоров'я в групі 2

У розповідях про своє здоров'я третина підлітків зазначила, що головний герой вилікується в результаті самотійного виконання певних дій, а про допомогу інших людей вказали тільки 13,04% досліджуваних. Активну позицію щодо вилікування спостерігаємо в отриманих нами результатах розуміння підлітками власної ролі для збереження й зміцнення здоров'я. Починаючи з підліткового віку, хворі на епілепсію наголошують, що для того, щоб бути здоровими їм потрібно самим піклуватися про своє здоров'я.

Однією з причин виникнення хвороби 15,21% підлітків у розповідях назвали те, що «головний герой не вів здоровий спосіб життя». Більше половини з досліджуваних другої групи вказали, що необхідною умовою підтримання свого здоров'я є дотримання здорового способу життя. Кожен п'ятий підліток зазначив про відмову від поганих звичок для покращення здоров'я.

З розвитком теоретичного мислення змінюється розуміння підлітками, хворими на епілепсію, поняття здоров'я, його значення для життєдіяльності. В цьому віковому періоді діти зацікавлені в об'єктивному знанні про своє здоров'я. У них відбувається становлення соціальної установки на своє здоров'я, що є визначальним у формуванні когнітивного компоненту ВКЗ [105].

Інформацію про своє здоров'я підлітки отримують, насамперед, не від батьків, як це було в молодшій групі досліджуваних, а від лікарів (71,74%). Подібні висновки здобив у своєму дослідженні вчений Д. Н. Ісаєв, який зазначив, що в питаннях щодо власного здоров'я підлітки орієнтовані на допомогу поза сім'єю, насамперед, на медпрацівників і друзів [47].

З дорослішанням дітей зростає відсоток тих, хто довіряє більше власному самопочуттю й знанням про здоров'я, ніж думкам батьків або медичних працівників, якщо серед молодших школярів це був кожний четвертий, то серед підлітків – кожен третій досліджуваний.

Так, як підлітки вже мають певний досвід, набутий під час хвороби, вони, на відміну від першої групи досліджуваних, краще розуміють свій фізичний

стан і вміють відслідковувати його зміни. Більшість із них, а саме 82,6%, вважають, що здатні визначити симптоми погіршення свого самопочуття й виділити ознаки, які передують епілептичному нападу.

Починаючи з підліткового віку, хворі на епілепсію перестають асоціювати слова «здоров'я» й «хвороба» безпосередньо з собою. Натомість, 36,96% підлітків порівнювали «здоров'я» з «гарним самопочуттям», а «хворобу» – з «поганим самопочуттям»; 34,78% досліджуваних цієї групи говорили про «здорову або хвору людину», проте, не вказували себе.

Підлітковий вік є одним із ключових етапів у процесі становлення емоційно-вольової регуляції дитини. Переживання підлітка стають глибшими, з'являються більш стійкі почуття, емоційне ставлення до низки явищ життя стає тривалішим і стійкішим, значно ширше коло явищ соціальної дійсності стає небайдужим підлітку й породжує в нього різні емоції [87, с. 335].

Варто погодитися з думкою І. І. Мамайчук, що зміни тіла, розпочаті в період статевого дозрівання, негативно впливають на емоційне самопочуття підлітків. Незадоволеність своїм тілесним образом «Я» може призводити до різних афективних реакцій, таких як депресивний фон настрою, іпохондрія, фобія, емоційна ізоляція, фрустрованість, агресивність [47].

Наявність хронічного захворювання негативно впливає на формування образу «Я» в підлітковому віці. Оскільки, як вважає Р. С. Нємов, цей віковий період характеризується особливою увагою дитини до власних недоліків [76], то наявність епілепсії та її усвідомлення призводять до вимогливості, роздратування й дратівливості. Через це, на нашу думку, в 39,13% хворих на епілепсію підліткового віку спостерігають неврастенічний тип реагування на хворобу (рис. 2.6). Така реакція є неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання, що виявляється в роздратування, яке охоплює як фізичні явища (яскраве світло, сильні звуки, різкі запахи), так і ставлення інших людей. Діти з цим типом реакції на епілепсію схильні до спалахів гніву, якщо їх очікування відносно поведінки інших людей не виправдані. Притаманні для

цього типу особливості зазначають у своїх дослідженнях учені П. І. Ковалевський, Є. Крепелін, В. П. Сербський, Л. А. Троїцька й інші, описуючи психологічні характеристики осіб, хворих на епілепсію.

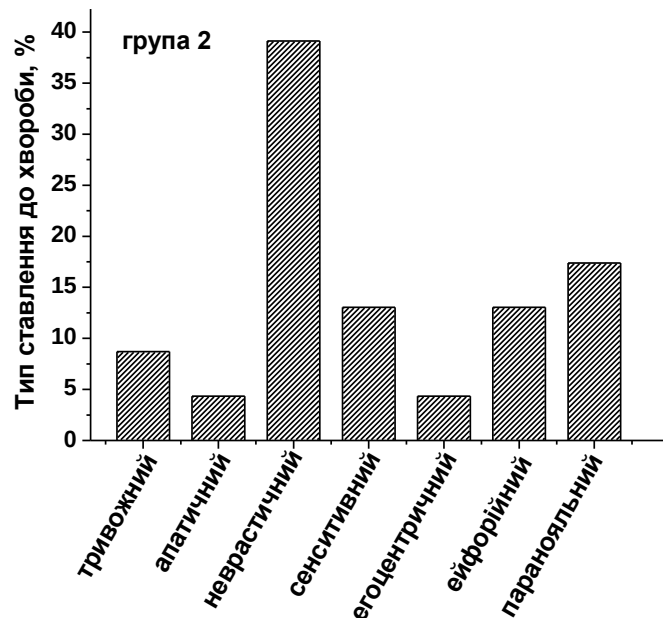


Рис. 2.6. Типи ставлення до хвороби в групі 2

Для неврастенічного типу характерні різка зміна настроїв і переживань, підвищена збудливість, імпульсивність, надзвичайно великий діапазон полярних почуттів які притаманні дітям підліткового віку. Він може бути відображений у «дратівливій слабкості» [87, с. 393].

Наявність у підлітків, хворих на епілепсію, неврастенічного ставлення до хвороби підтверджують результати нашого авторського опитувальника:

- 1) 26,09% досліджуваних вважають, що епілептичний приступ у них настає після того як їх «хтось рознервує»;
- 2) 21,74% досліджуваних указали, що будуть здоровими, коли «не будуть нервуватися».

Отримані дані, на нашу думку, можна пояснити віковими особливостями. У підлітковому віці діти стають надто чутливими до думки однолітків та дорослих [105, с. 243].

Підлітки значно відрізняються мірою своєї залученості до групи однолітків. Однією з складніших проблем підліткового віку є проблема відторгнення, відчуження (в окремих випадках – цькування, знущання, фізична агресія) з боку однолітків [96, с. 203].

Разом із самопізнанням і пошуком свого «Я» підлітків починають цікавити причини погіршення їхнього здоров'я, а саме що послугувало виникненню епілепсії. Однією з причин хвороби 20% досліджуваних вважають «чийсь злий намір», така реакція на погіршення свого здоров'я виражається в паранояльному типі ставлення до епілепсії.

Паранояльний тип відображає світоглядну позицію підлітка, який бачить таємний смисл його хвороби й причини її виникнення. Досліджувані з цим типом ставлення до хвороби впевнені в тому, що епілепсія є результатом якогось злого наміру. Вони приписують можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків халатності або злому наміру лікарів і медичному персоналу.

Підліткове прагнення «знайти себе» формує прагнення до самопізнання, відповідальність і критичність. Саме тому, як вважає І. А. Григор'єва, так важливо не ізолювати підлітка з епілепсією від здорових однолітків [26].

Цікавим у нашому дослідженні є той факт, що у випадках, де діти вважали причиною виникнення епілепсії помилку лікарів, таких самих поглядів дотримувалися і їхні матері, що підтверджує вплив матерів на формування типу ставлення до хвороби дітей із епілепсією.

Підлітковий вік характеризується тим, що діти в цей період болісно реагують на критику, осуд, для них стає важливою думка інших людей [84]. Переживання яєрез наявність хвороби може негативно впливати на їхню емоційну сферу.

У процесі експериментального дослідження Е. Б. Жигарева, Б. М. Коган і К. В. Машилов установили, що рівень тривожності, депресивності, агресивності й ворожості вищий у підлітків, хворих на епілепсію, ніж у їхніх здорових однолітків. Учені підкреслили, що емоційні чинники й обмеження в соціальній

сфері, які залежать від чинників зовнішнього середовища, що супроводжують дитину хвору на епілепсію, з перших років життя можуть виявитися для неї та її батьків важливішими, ніж симптоми хвороби [71].

Коли підлітки говорили про емоційні переживання під час суб'єктивного відчуття здоров'я, вони називали такі самі емоції, як і молодші школярі. Більшість з них пов'язували здоров'я з «щастям» (76,09), «радістю» (78,26%), «спокоєм» (82,61%).

Досліджувані другої групи зазначили, що під час погіршення здоров'я відчують такі емоції: «нудьга» (52,17%), «пригніченість» (45,65%) і «хвилювання» (43,48%).

Тільки в підлітковому віці діти, хворі на епілепсію, надавали асоціаціям слова «дитина» емоційних характеристик, 28,26% з них указали, що «дитина весела», 23,91% – «дитина сумна».

Отримані результати вказують на те, що ВКЗ підлітків, хворих на епілепсію, відмінна від ВКЗ молодших школярів, що свідчить про наявність динаміки її розвитку.

2.3.3. Вікові особливості розвитку внутрішньої картини здоров'я хворих на епілепсію в період ранньої юності

Період ранньої юності характеризують зміною ставлення до майбутнього, вибором професії й початком практичної реалізації життєвих планів, що залежить від «Я-концепції», важливим складником якої є ВКЗ.

До юнацького віку в особистості вже сформуована соціальна установка на своє здоров'я. Якщо в питаннях підтримання здоров'я молодші діти займали пасивну позицію, вважаючи, що для цього достатньо підкорятися вимогам авторитету дорослих, то старші школярі розуміють необхідність особистої активності для збереження свого здоров'я [47].

У результаті нашого дослідження ми встановили, що в третій групі респондентів, куди входили хворі на епілепсію періоду ранньої юності,

більшість вказали про власні дії для підтримання й покращення свого здоров'я. Таку позитивну тенденцію простежили й у складених досліджуваними розповідях. Чим старші діти, тим частіше головний герой займав активну позицію щодо виздоровлення. Серед досліджуваних періоду ранньої юності 68,75% у розповідях зазначили, що для того щоб бути здоровим, потрібно самим здійснювати діяльність, спрямовану на зміцнення здоров'я.

Досліджувані третьої вікової групи, порівняно з досліджуваними першої й другої груп, частіше наголошують на важливості ведення здорового способу життя й відмови від поганих звичок. Описуючи «дії спрямовані на підтримання свого здоров'я», тільки вони вказували «звернення за допомогою до Бога» (20,83%). Таким чином, поведінковий компоненті ВКЗ у період ранньої юності характеризується усвідомленістю наслідків свої дій стосовно здоров'я й доповнюється появою, не згадуваного раніше, поняття віри.

У міру дорослішання дітей, зростає розуміння відповідальності за своє здоров'я, в третій групі цей показник становить 83,3%. Отримані в цій віковій групі найвищі показники відповідальності доводять те, що разом із усвідомленням цінності свого здоров'я з віком у дітей, хворих на епілепсію, формується прийняття особистої відповідальності за нього (рис. 2.7).

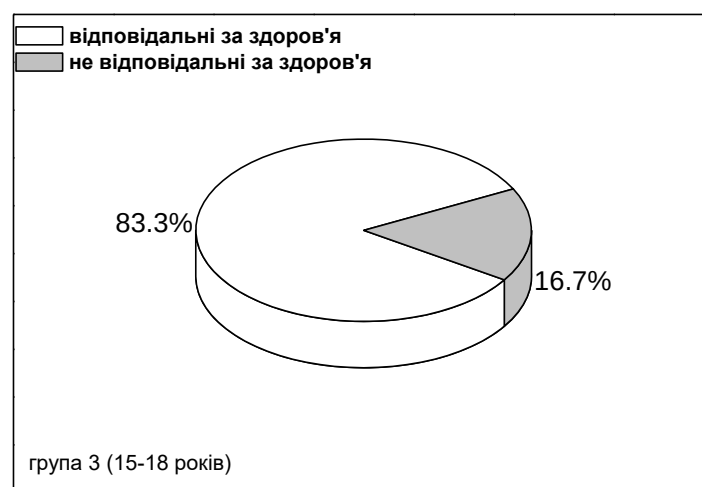


Рис. 2.7. Показник відповідальності за здоров'я в групі 3

Те, що з віком зростає розуміння дітьми, хворими на епілепсію, цінності свого здоров'я, доводять також результати проєктивних методик. На питання «Що б ти хотів отримати в подарунок» 64,58% досліджуваних раннього юнацького віку відповіли «здоров'я», кожен п'ятий з них зазначив про «здоров'я для своїх рідних». Турбота й переживання за близьких людей у цей віковий період виявлена й у складених досліджуваними розповідях, 22,92% дітей вказали, що ознаки хвороби головного героя впливають на психоемоційний стан його рідних.

Опираючись на особистий досвід, досліджувані юнацького віку називали більше ознак, які передують появі епілептичних нападів. Чим старша вікова група, тим частіше ознаками погіршення здоров'я респонденти згадували «слабкість і втому», а рідше «страхи». Це свідчить про здатність старших дітей формувати чіткі уявлення про погіршення здоров'я й визначати ознаки хвороби [29, с. 114]

Половина досліджуваних періоду ранньої юності, на відміну від підлітків, не пов'язували появу епілептичних нападів із хвилюванням або втомою. У ранньому юнацькому віці хворі на епілепсію здатні чіткіше диференціювати причини й наслідки погіршення свого здоров'я. Старші діти у своїх відповідях єдині називали причинами «шкідливі звички» (20,83%). Вони розуміють і відкрито повідомляють про недоліки у своїй поведінці, але не прагнуть їх виправити.

У період ранньої юності хворі на епілепсію набувають метакогнітивних умінь, як-от поточний самоконтроль і саморегуляція. Зміни когнітивних структур слугують передумовою виникнення здатності до інтроспекції й рефлексії. Власні думки, почуття, вчинки стають предметом уявного розгляду й аналізу. В цей період формується здатність розрізняти протиріччя між думками, словами й вчинками, досліджувані розуміють позитивне й негативне значення своїх дій щодо здоров'я [105].

Ми виявили підвищення рівня тривожності в дітей, хворих на епілепсію, всіх трьох груп. Проте з віком цей показник покращується й, на відміну від молодших школярів і підлітків, у найстарших дітей переважає особистісна й ситуативна тривожність не високого рівня, а помірного (рис. 2.8).

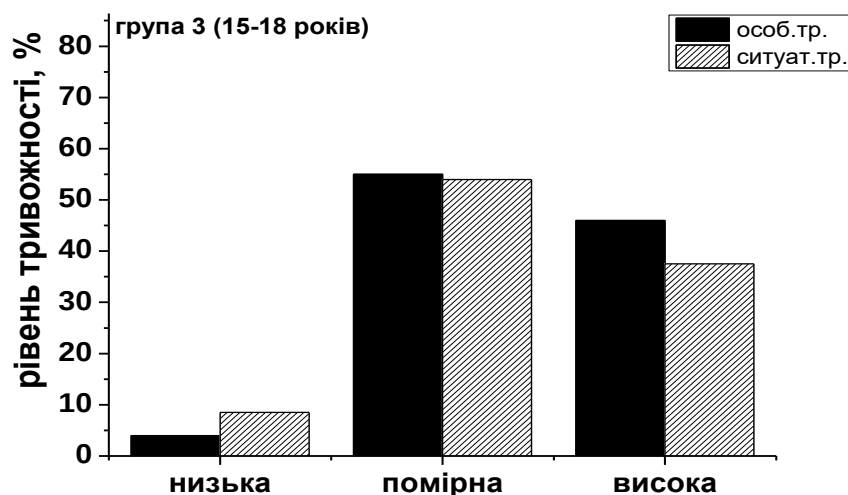


Рис. 2.8. Рівень особистісної й ситуативної тривожності в групі 3

З дорослішанням, діти, хворі на епілепсію, більше довіряють власному самопочуттю, а інформацію про своє здоров'я отримують в основному від лікарів (79,17%). Вони зазначили, що спілкування з лікарями допомагає їм краще зрозуміти особливості свого стану.

Під час переходу від підліткового до юнацького віку самопізнання молодої людини втрачає свою емоційну напруженість та існує вже на спокійному емоційному тлі. Якщо підліток може приховувати свої переживання під особистою байдужістю, то юнак уміє не тільки приховувати почуття, але й маскувати їх під іронічним сміхом, удаваною веселістю [87, с. 338].

У ранньому юнацькому віці завершується формування складної системи соціальних установок. Однак період ранньої юності характеризується великими протиріччями, внутрішньою неузгодженістю і мінливістю багатьох соціальних установок. Протиріччя виявляються й в ставленні досліджуваних до своєї хвороби. Це підтвердили емпіричні результати типів ставлення до епілепсії: у

37,5% досліджуваних юнацького віку переважає ейфорійний, а в 20,83% – апатичний типи ставлення до епілепсії, інші типи отримали менше 10% (рис. 2.9).

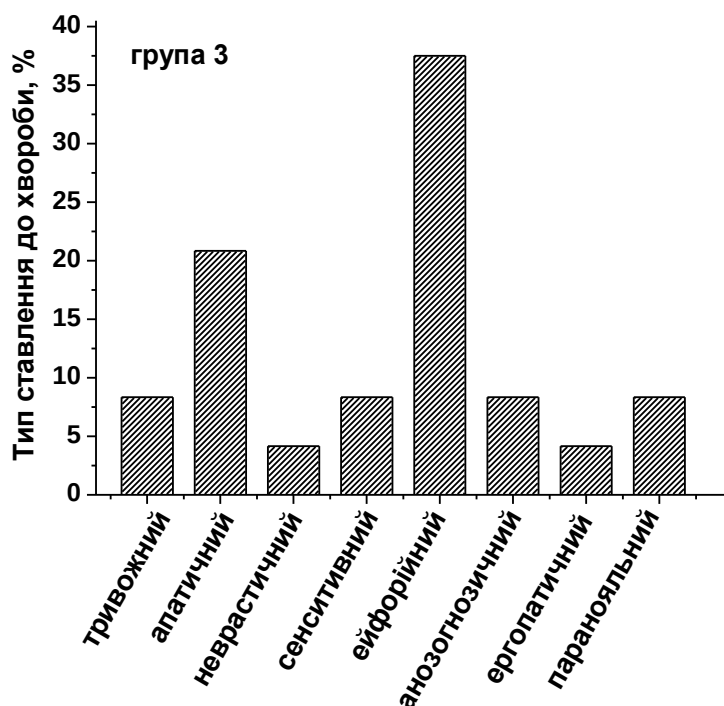


Рис. 2.9. Типи ставлення до хвороби в групі 3

Не зважаючи на те, що з віком хворі діти більше розуміють особливості епілепсії, у ставлення до лікування й підтриманні свого здоров'я вони виявляють все менший інтерес. Тільки 54,17% досліджуваних періоду ранньої юності чітко виконують рецепти та призначення лікарів.

З віком діти, хворі на епілепсію, набувають знання й особистий досвід, пов'язані зі здоров'ям й хворобою, але водночас, багато хто з досліджуваних періоду ранньої юності планує своє професійне майбутнє з видами діяльності, які суперечать особливостям епілепсії.

Прагнення бути незалежними відображено у відносинах із родиною й суспільством. Досліджувані найстаршої вікової групи часто діють під впливом своїх однолітків і в опозиції до своїх батьків, а також лікарів. Лікування стає

суб'єктивним тягарем і перешкоджає їх діяльності, в результаті чого вони перестають виконувати призначення лікарів.

Легковажне ставлення до хвороби й лікування, необґрунтовано підвищений настрій призводять до того, що діти, хворі на епілепсію, з легкістю порушують режим, хоч ці порушення можуть несприятливо відобразитися на перебігові хвороби. Досліджуваним з ейфорійним типом притаманне бажання отримати від життя все, не зважаючи на хворобу. Вважають, що реагування за цим типом може мати захисний характер або відображати характерологічні особливості [72, с. 236].

Епілепсія, як і будь-яке інше хронічне захворювання, вимагає постійного лікування, яке часто не дає бажаних результатів, тому, чим старші стають діти, тим більше вони зневірюються у своєму одужанні. Втрата віри в позитивний результат лікування й утома можуть привести до апатичного типу реагування на епілепсію, виражене в повній байдужості до своєї долі, до виходу з хвороби, до результатів лікування. Досліджувані з апатичним типом втрачають інтерес до всього, що раніше хвилювало й у разі настирливого спонування пасивно підкорюються процедурам і лікуванню. Апатичний тип психічного реагування правильніше називати гіпопатичним, тому що справжньої повної байдужості у хворого не помічають [72].

Втрата віри в одужання відображена в розповідях досліджуваних раннього юнацького віку. Третина з них не вказали у своїх розповідях «чивилікується головний герой». Проте, оцінюючи свої емоції в ситуації здоров'я, більшість найстарших діти перевагу віддали поняттю «надія» (60,42%).

Досліджувані періоду ранньої юності асоціюють здоров'я з хорошим настроєм, гарним самопочуттям, силою, енергією й спокоєм. Якщо головним героєм їх розповідей є здоров'я, то йому належать такі емоції, як задоволення, натхнення, спокій і надія.

У ситуації погіршення здоров'я 66,67% дітей найстаршої групи вибрали «нудьгу», 60,41% – «смуток» і 58,33 – «тривогу». Вказані емоції знаходять

відображення в побоюванні бути незрозумілим і неприйнятним, створюють страх спілкування.

Хворобу 27,08% досліджуваних асоціює з неспокоєм і хвилюванням, а 18,75% поряд з негативними емоціями вказали лікування. Тому, можна стверджувати, що легковажність і невиконання лікарських призначень дітьми, хворими на епілепсію, в період ранньої юності, пов'язана з негативним переживання ними лікувального процесу в цілому.

2.4. Роль матерів у формуванні внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

У нашому дослідженні ми розглядаємо психоемоційний стан матерів і їхнє ставлення до здоров'я дитини, хворої на епілепсію, як провідну детермінанту розвитку ВКЗ дитини.

Вчені І. Г. Киян, І. В. Равич-Щербо, А. Г. Румянцев та ін. відзначають, що певні особистісні риси матері (тривожність, невротичність) здатні викликати серйозні порушення в процесі психічного розвитку дитини. Неадекватне, неоднозначне ставлення до дитини з боку матері ці автори більшою мірою пов'язують із особистісними особливостями матерів, ніж із самою хворобою дитини [94, с. 237].

Світогляд батьків відображається на уявленні дитини, хворої на епілепсію, про навколишній світ і, зокрема, про здоров'я. Ще більшою мірою це стосується почуттів. Серед почуттів, які виникають у батьків, можуть бути переживання провини за розвиток захворювання, обурення через поведінку дитини, байдуже ставлення у зв'язку з запереченням хвороби або її серйозності. Подібні переживання батьків найчастіше викликають у хворих дітей аналогічні почуття, які є основою ВКЗ [46, с. 342].

За результатами нашого дослідження виявлено, що матері дітей молодшого віку (7-10 років) – перша група, порівняно з матерями дітей підліткового віку (11-14 років) – друга група, й періоду ранньої юності (15-18 років) – третя

група, мають вищі показники психоемоційного стану тільки за однією з шести шкал – «тонус: високий – низький» (рис. 2.10).

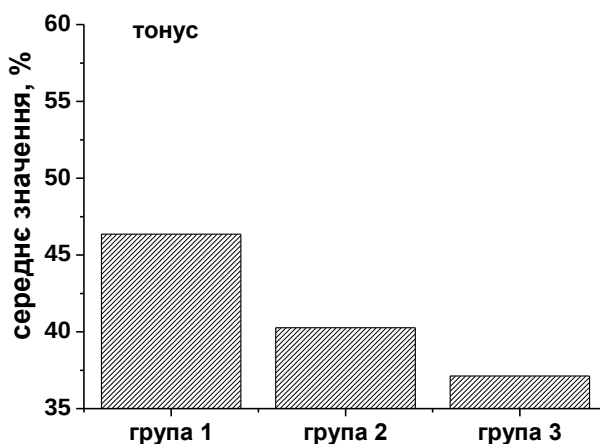


Рис. 2.10. Показники за шкалою «тонус: високий – низький»

Примітка:* Група 1 – матері дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного віку; Група 2 – матері дітей, хворих на епілепсію, підліткового віку; Група 3 – матері дітей, хворих на епілепсію, періоду ранньої юності

Матері дітей раннього юнацького віку мають найнижчі показники за шкалою «тонус: високий – низький», що свідчить про наявність у них довготривалого стресу, який відображається у втомлюваності, зниженій активності, погіршенні працездатності й схильності до прояву астенічних реакцій. Незважаючи на втрату сил та втому, з дорослішанням дітей хворих на епілепсію, в матерів зростає віра у свої можливості й залишається оптимістичне ставлення до життєвої ситуації. Вони готові долати труднощі для досягнення своїх цілей.

Дані отримані за шкалою «тонус: високий – низький» більше залежать від обставин, у яких перебувають матері хворих дітей, ніж від властивостей особистості. Тому, коли йдеться про характеристику ставлення до життєвої ситуації ми отримали протилежні результати.

Шкала «активне – пасивне ставлення до життєвої ситуації» дозволяє скласти уявлення про характеристику стану, й у більшості випадків сильніше

залежить від відповідної властивості особистості – активності, ніж від інших чинників. Вона показує віру в досягнення своїх цілей, вияв активної або пасивної позиції стосовно життєвої ситуації, яка склалася у зв'язку з хворобою дитини.

Показники за шкалою «активне – пасивне ставлення до життєвої ситуації» найнижчі ($48,2 \pm 6,2$) в респондентів першої групи, представниками якої були матері дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію. Отримані результати свідчать про сприйняття матерями ситуації хвороби дитини як стресової. На етапі виявлення хвороби й поставлення діагнозу матері потребують часу й додаткових ресурсів для адаптації до змін у їхньому житті. Через прийняття обмежень захворювання, відсутність належного знання й недостатню підтримку з боку близьких вони не вірять в успішність лікування дитини, що відображається на отриманому показникові в матерів підлітків – $48,7 \pm 7,7$. Коли діти дорослішають і досягають юнацького віку, ставлення їхніх матерів до життєвої ситуації суттєво покращується й становить $55,3 \pm 3,8$ (рис. 2.11).

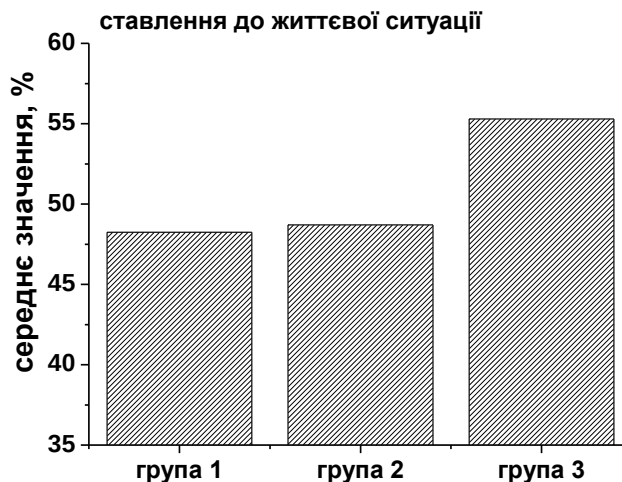
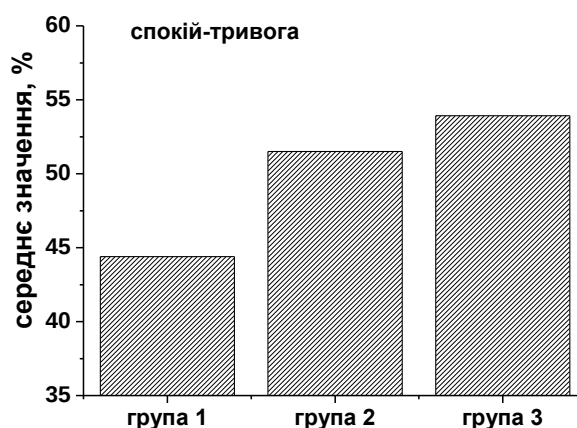


Рис. 2.11. Показники за шкалою «активне – пасивне ставлення до життєвої ситуації»

Ми виявили знижені показники рівня генералізованої тривоги (рис. 2. 12) й емоційного тону (рис. 2.13) в матерів дітей молодшого віку. Отримані

результати пояснюються тим, що матері наймолодших дітей бачать загрозу престижу й благополуччя сім'ї, незалежно від того, наскільки реальними є причини. Вони схильні відчувати неспокій, що веде до підвищеної тривожності й емоційної лабільності.



Ри. 2.12. Показники за шкалою «спокій – тривога»

Непередбачуваність епілептичного нападу є постійною загрозою як для особи з епілепсією, так і для її сім'ї, що є основою підвищення рівня тривожності в матерів. Тривога посилює звучання емоціогенних подразників різної сили, збільшуючи інтенсивність негативних емоцій, посилюючи їх негативний вплив на свідомість, поведінку та діяльність матерів дітей, хворих на епілепсію.

Порівнюючи середні показники рівня тривожності матерів з середніми показниками особистої й ситуативної тривожності дітей, хворих на епілепсію, ми встановили, що з віком ці показники покращуються. Цей результат додатково підтверджується кореляційним аналізом. Нами виявлена наявність достатньо сильного зв'язку шкал «особистісної тривожності» в дітей і «спокій-тривога» в їхніх матерів ($r=0,71$; $p \leq 0,001$), а також шкал «ситуативна тривожність» у дітей і «спокій-тривога» в їхніх матерів ($r=0,65$; $p \leq 0,001$).

Варто погодитися з думкою Д. Н. Ісаєва, що в цьому випадку виникнення такого самовідчуття виявляється завдяки асиміляції відносин матері до дитини. Відбувається інтеріоризація ставлення матерів до життєвої ситуації. Якщо матір перебуває у постійній тривозі за стан здоров'я дитини, побоюється виникнення епілептичних приступів, то це призводить до аналогічної позиції самої дитини [47, с. 317].

Аналізуючи отриманий у досліджуваних другої й третьої груп середній показник за шкалою «стійкість – нестійкість емоційного тону», можна стверджувати, що в них наявний стабільний позитивний емоційний тон, збереження адекватності й ефективності психічної саморегуляції в стані емоційного збудження. Психологічна стійкість матерів дітей, хворих на епілепсію, залежить від переживання матерями повноти життя й відчуття задоволеності ним.

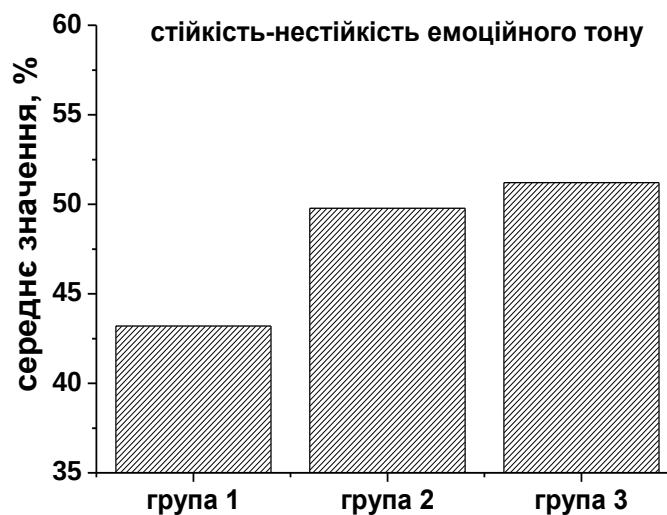


Рис. 2.13. Показники за шкалою «стійкість – нестійкість емоційного тону»

Ми виявили середні кореляційні зв'язки між показником «стійкість-нестійкість емоційного тону» матерів і особистісною тривожністю дітей ($r=0,54$; $p \leq 0,005$).

Лікувально-реабілітаційний процес потребує від матерів дітей, хворих на епілепсію, додаткової затрати часу й сил. Тому, ми припускаємо, що це викликає труднощі в процесі самореалізації матерів, що, своєю чергою, призводить до переживання ними емоційного дискомфорту. Ця характеристика має особливу діагностичну значущість в індивідуальній консультативній і психокорекційній роботі. Відчуття спустошеності є чинником ризику виникнення невротичних і депресивних розладів і залежностей [59, с. 34].

Судження, що увійшли в шкалу «задоволеність – незадоволеність життям у цілому (його перебігом, процесом самореалізації)» (рис. 2.14), належать до внутрішніх аспектів переживань, до почуття задоволеності своїм життям. Суб'єктивна оцінка успішної самореалізації є відображенням того, наскільки особистість має здатність брати на себе відповідальність і може робити власний вибір. Практично однакові результати за шкалою «задоволеність – незадоволеність життям у цілому» у всіх групах досліджуваних показують бажання респондентів долати труднощі для реалізації, цілей незалежно від віку дитини. Проте, варто зауважити, що отримані показники не є високими, що може свідчити про незадоволеність ситуацією й нездатність прийняти обмеження, які накладає хвороба дитини.

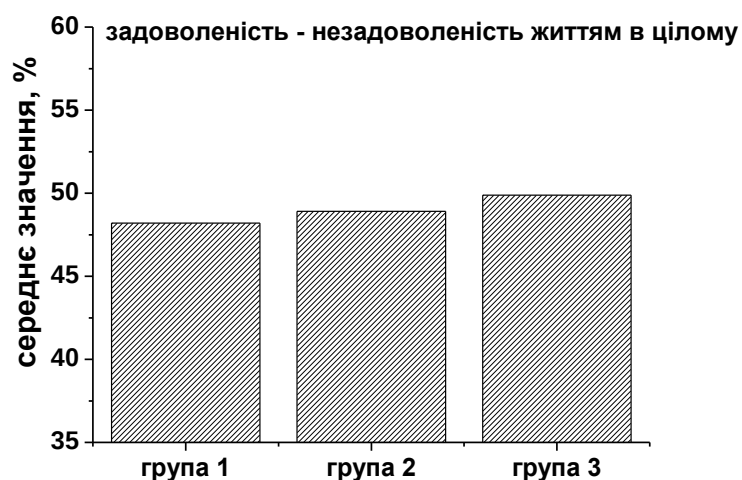


Рис. 2.14. Показники за шкалою «задоволеність – незадоволеність життям в цілому»

Показники за шкалою «позитивний – негативний образ самого себе» (рис. 2.15) є додатковою ознакою, що дозволяє визначити критичність і адекватність самооцінювання матерів дітей, хворих на епілепсію. Критичність самооцінювання тісно пов'язана з прийняттям особистістю себе. Чим позитивніший образ самого себе, тим менше людина помічає в собі недоліки [59, с. 35].

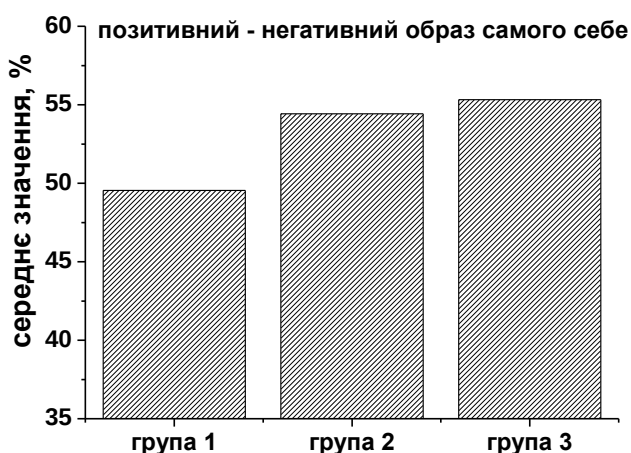


Рис. 2.15. Показники за шкалою «позитивний – негативний образ самого себе»

Доведено, що матір ідентифікує себе з дитиною, яка хворіє на епілепсію, а також сприймає досвід дитини як свій [21, с. 88]. Наявний у матерів дітей молодшого шкільного віку середній показник 49.55 ± 4.36 свідчить про дещо знижену самооцінку й недостатнє прийняття себе та дитини.

Матерям дітей, хворих на епілепсію, притаманне низьке самоприйняття й негативне ставлення до себе. В їх емоційному житті переважають такі негативні емоції, як страх, образа, злість, незадоволення й занепокоєння. Почуття провини (неусвідомлюване або усвідомлюване) пов'язане для більшості матерів із хворобою дитини, однак відповідальність за одужання вони покладають на лікарів. Унаслідок цього дитина стає залежною від матері, постійно потребує її уваги та підтримки [94, с. 237].

Результати за шкалою «позитивний негативний образ самого себе» мають значну кореляцію з показниками за основними шкалами. Тому, позитивна

вікова динаміка отриманих результатів свідчить про збільшення рівня прийняття себе. Доведено, що прийняття себе має значний вплив на настрій [21, с. 89]. Якщо в матері дитини, хворої на епілепсію, переважають позитивні відчуття в емоційному ставленні до себе, то покращується її настрій.

Через наявність хронічного захворювання матері дітей із епілепсією постійно схвильовані й живуть із відчуттям невизначеності стану здоров'я дитини. Такі переживання можуть призвести до виникнення депресій.

Під час діагностики станів і настроїв матерів дітей молодшого віку ми виявили депресії різного рівня прояву в більшості респондентів. У половини з них наявна виражена форма депресії, в третини – помірна. Отримані результати підтверджують дослідження Шора (Shore), що визначає кореляцію між дитячою епілепсією й депресіями в матерів [116].

У нашому дослідженні спостерігаємо зниження рівня депресії в матерів підлітків і відсутність вираженої її форми в матерів найстарших дітей. Отримані результати можна пояснити тим, що важливими чинниками міри, якою епілепсія впливає на дитину та її сім'ю є обізнаність матерів про особливості перебігу хвороби, а також рівень адаптації всіх членів сім'ї [32, с. 42]. Депресії матерів, які мають дитину, хвору на епілепсію, викликані очікуванням епілептичних нападів дітей [116]. З роками матері набувають досвіду й вміння розпізнавати ознаки, що передують появі епілептичних приступів, вони починають краще розуміти стан здоров'я своєї дитини.

Для того щоб справитися з довготривалим стресом, пов'язаним із хворобою дитини, матір повинна мати високий рівень нервово-психічної стійкості, від якого залежить ефективність допомоги дитині. Нами виявлено, що тільки 32,3% матерів першої групи, 47,82% другої й 56,25% третьої групи мають задовільний рівень нервово-психічної стійкості, що може свідчити про підвищену ймовірність проблем із психічним здоров'ям у батьків, діти яких хворі на епілепсію [21, с. 90].

Отримані в результаті емпіричного дослідження низькі показники нервово-психічної стійкості в матерів дітей, хворих на епілепсію, всіх вікових груп пояснюємо такими обставинами:

1. Невисокий рівень власного здоров'я багатьох матерів, їхні часті хвороби, переживання за близьких. Матері передають тривогу за своє благополуччя й навіть життя дитині. Вони можуть побоюватися, що через погіршення свого здоров'я, будуть нездатні виховати свого сина чи дочку.

2. Низький рівень інформованості населення про особливості епілепсії. Через відсутність належного знання деякі люди остерігаються осіб, хворих на епілепсію. Постійно побоюючись не вберегти чи перевантажити дитину, матері не створюють умови для загартовування й фізичних навантажень, чим не сприяють зміцненню здоров'я дитини.

3. Переконаність матерів у своїх знаннях або незнання про епілепсію. Залежно від наявності або відсутності цих знань, одні матері з упевненістю лікують дітей самостійно, інші «виправляють» призначення лікарів, а треті, вважаючи, що підхід до їх дитини є неправильним, водять дитину від одного фахівця до іншого [47].

Усі зазначені обставини виявляються по-різному, залежно від індивідуальних психологічних особливостей матерів. Уявлення матерів про лікування й ставлення до здоров'я впливають на поведінку дитини під час хвороби та детермінують її ВКЗ.

Украй тривожні, надто зосереджені на здоров'ї дитини, матері створюють у сім'ї атмосферу страху, невпевненості, очікування важких хвороб, а в разі їх появи й поганого результату. Для егоїстичних матерів, які прагнуть жити напоказ і з усього мати для себе переваги, навіть хвороба дитини стане приводом для залучення уваги до себе. Надто впевнені у своїх силах і можливостях матері часто приділяють недостатньо уваги здоров'ю дитини.

Думка матерів стосовно показників якості життя є надзвичайно важливою, оскільки саме матері, зазвичай, оцінюють здоров'я дитини, хворої

на епілепсію, й визначають, потрібне їй лікування чи ні. Матері також можуть дати цінну інформацію про вплив захворювання й лікування дитини на сімейні відносини. У зв'язку з цим було здійснено дослідження, яке показало, що батьки дітей з епілепсією часто більш точно оцінюють тяжкість нападів, ніж неврологи [22, с. 48].

Фізичний стан дітей, які хворіють на епілепсію, значно впливає на рольове функціонування їх матерів, про що свідчить отриманий у першій і другій групах досліджуваних показник нижче середнього за шкалою «Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану дитини на рольове функціонування матері». З дорослішанням дитини, цей показник покращується і в матерів найстаршої групи він становить $53,13 \pm 7,35$ (рис. 2.16).

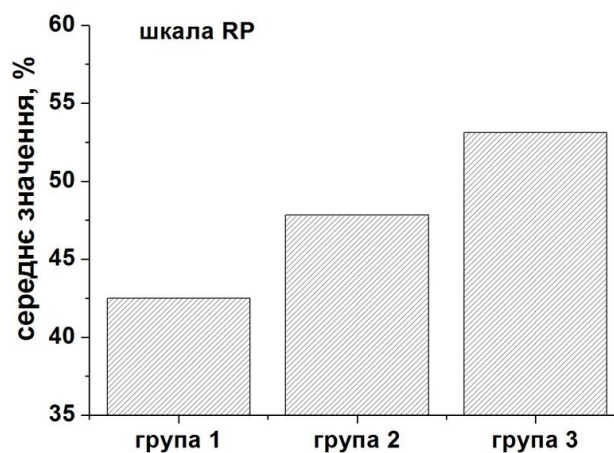


Рис. 2.16. Показники за шкалою «Role-Physical (RP)»

Позитивну тенденцію ми спостерігаємо й у суб'єктивному оцінюванні матерями стану здоров'я дитини, представленого в шкалі «General Health (GH) – загальний стан здоров'я дитини», який показує оцінку матерями стану здоров'я дитини зараз і перспективу лікування» (рис. 2.17).

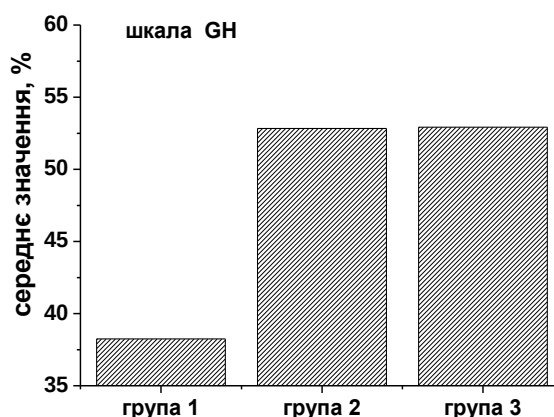


Рис. 2.17. Показники за шкалою «General Health (GH)»

Варто зазначити, що, на думку матерів, зниження рольового функціонування більшою мірою зумовлене фізичними проблемами дітей, ніж їхнім емоційним станом. Оскільки, вони вважають, емоційний стан майже не впливає на виконання в повному обсязі звичної роботи, це може свідчити про ігнорування власних емоційних потреб і знецінення свого життя, жертівність, відображені в шкалі «Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування.

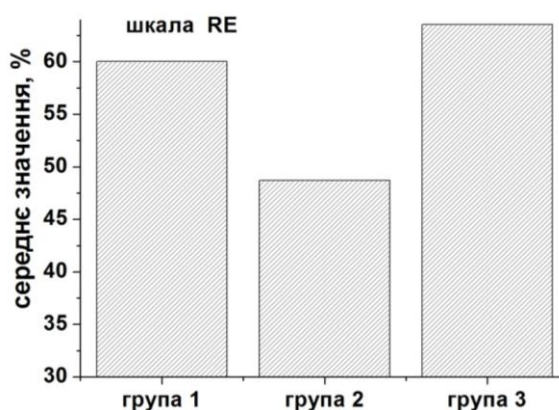


Рис. 2.18. Показники за шкалою «Role-Emotional (RE)»

Ми отримали низькі показник суб'єктивної оцінки болю дитини та її впливу на здатність займатися повсякденною діяльністю, що відображено в шкалі «Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю дитини» (рис. 2.19). Оскільки

епілептичні напади за своєю природою є яскраво вираженими, матері хворих дітей гіперболізують больові відчуття своєї дитини.

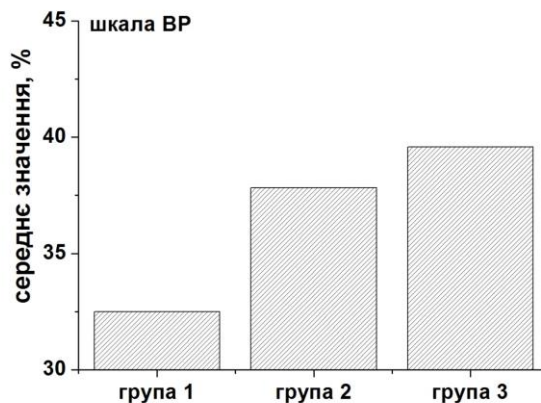


Рис. 2.19. Показники за шкалою «Bodily Pain (BP)»

Найнижчі показники якості життя ми отримали за шкалою «Social Functioning (SF) – соціальне функціонування» (рис. 2.20), що свідчить про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з хворобою дитини. Такі результати можна пояснити наявними в суспільстві спотвореними стереотипами стосовно епілепсії.

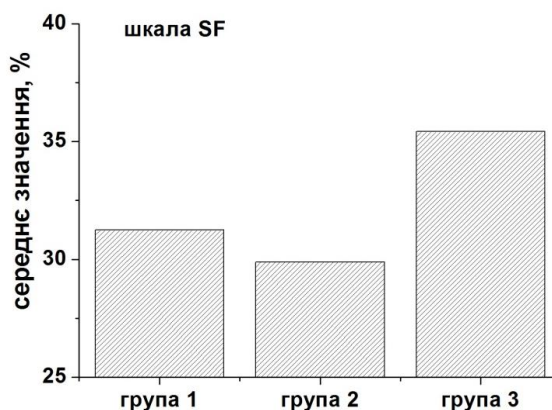


Рис. 2.20. Показники за шкалою «Social Functioning (SF)»

Наявність захворювання дитини не тільки впливає на рольове й соціальне функціонування матерів, а й погіршує їх життєвий тонус, що пояснюємо

низькими суб'єктивними оцінками відчуття повноти сил і енергії, відображеними в шкалі «Vitality (VT) – життєва активність» (Рис. 2.21). Отримані результати зумовлені постійною втомою, відчуттям невизначеності й тривоги через непередбачуваність епілептичного нападу та доглядом за хворою дитиною, особливо в матерів дітей молодшого шкільного віку.

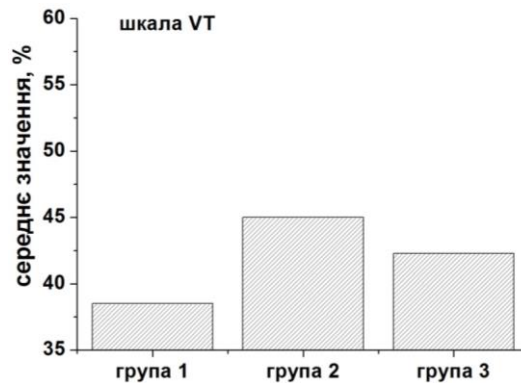


Рис. 2.21. Показники за шкалою «Vitality (VT)»

Незважаючи на низький рівень соціального функціонування й життєвої активності, з дорослішанням дітей матері краще порівняно з іншими показниками якості життя, оцінюють своє психічне здоров'я. Показник психічного здоров'я характеризує позитивний настрій, що представлено в шкалі «Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я» (рис. 2.22).

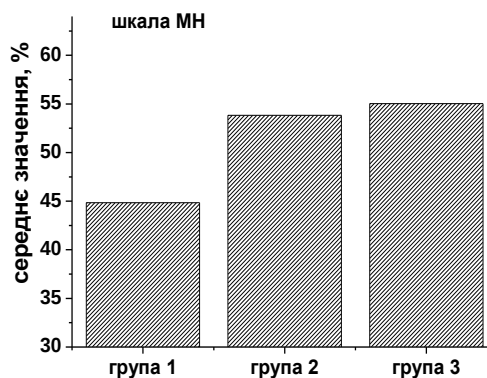


Рис. 2.22. Показники за шкалою «Mental Health (MH)»

Ми вважаємо, що з роками більшість матерів пристосовуються до нового способу життя, пов'язаного з наявністю в їхніх дітей епілепсії та досягають стабільного функціонування. Адаптація матерів до життєвої ситуації позитивно відображається на ставленні до здоров'я дитини у поточний момент і віру в перспективи лікування в майбутньому. Це підтверджують отримані результати за шкалою безнадійності Бека. (рис. 2.23).

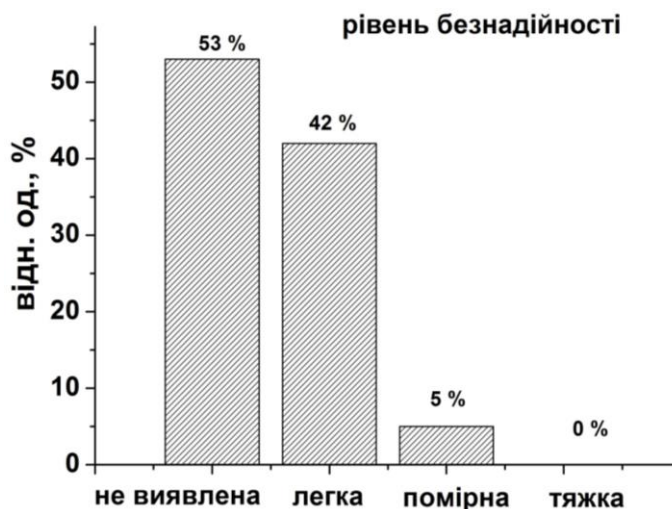


Рис. 2.23. Показники безнадійності за шкалою Бека

Таким чином, наявність епілепсії можна розглядати як соціально-фрустрійний і стресогенний чинник, що впливає на психоемоційний стан матері, негативно відображається на ВКЗ дитини та призводить до зниження якості життя сім'ї.

З роками ставлення до ситуації, пов'язаної з наявністю в дитини епілепсії змінюється, зростає віра матері у свої можливості й здатність радіти життю, позитивнішим стає образ себе, вона все менше починає помічати в собі недоліки. Про тенденцію покращення психоемоційного стану матері свідчать такі показники, як: зниження тривожності; зменшення негативних емоцій; збільшення впевненості у своїх силах і задоволеності життям. Чим тривалішим є захворювання дитини, тим відповідальнішою стає матір і більше прислуховується до себе.

2.5. Тенденції розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

На основі вищезазначених результатів дослідження дітей і їхніх матерів, ми здійснили аналіз динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

З'ясування характеристик кожного із компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, дасть можливість здійснити психологічний аналіз їх ВКЗ в цілому, і це в свою чергу дозволить розробити комплексні корекційні програми для цієї категорії дітей, спрямовані на їх адаптацію в сім'ї та школі, а також інтеграцію в суспільство[31, с. 32].

Ми встановили, що усвідомлення відповідальності та цінності свого здоров'я, а також мотивація ведення здорового способу життя, представлені в ціннісно-мотиваційному компоненті ВКЗ, зростають у міру дорослішання дітей, хворих на епілепсію (рис. 2.24).

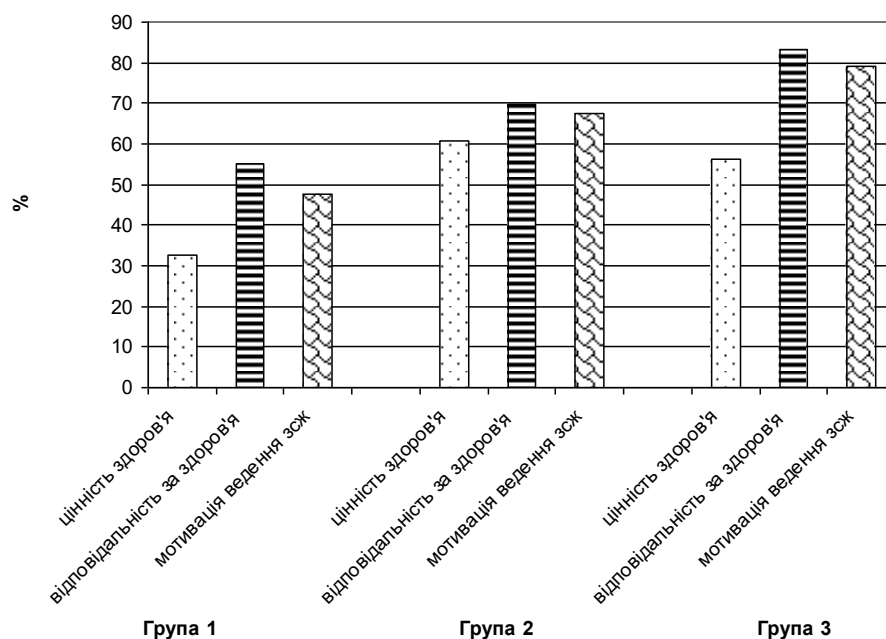


Рис. 2.24. Показники ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію

Примітка:* Група 1 – діти, хворі на епілепсію, молодшого шкільного віку; Група 2 – діти, хворі на епілепсію, підліткового віку; Група 3 – діти, хворі на епілепсію, періоду ранньої юності

На нашу думку, наявність в особистості епілепсії суттєво змінює значущість і цінність здоров'я для неї. Варто погодитися з думкою С. Д. Максименка, що хвороба може змінити перспективу людського життя в цілому, й зміна ескізу майбутнього – одна з найбільш суттєвих характеристик нової ситуації розвитку, сформований в умовах хвороби. Всі раніше сформовані цілі, прагнення, очікування, домагання зазнають корекції, трансформуються, знецінюються. З'являється стан невизначеності, який порушує можливість планування життєвих цілей. Активність, цілеспрямованість, установка на самореалізацію й досягнення, скеровані в майбутнє, втрачають свій сенс у ситуації хронічного соматичного захворювання, що фруструє основні людські потреби соціального й фізичного існування. На основі цього формується нова соціальна позиція – соціальна неповноцінність. У психічному стані основними стають тривога, депресія, почуття безнадії й розпачу [35, ст 129].

Найбільшої цінності для хворих на епілепсію здоров'я набуває в підлітковому віці. У цей період більшість респондентів вважають здоров'я найвищою цінністю й пов'язують його з матеріальним достатком. З віком старші діти розуміють, що здоров'я не можна купити за гроші, вони приймають особисту відповідальність за нього й важливого значення в питаннях підтримання здоров'я надають власним діям.

Поняття про внутрішню картину здоров'я безпосередньо пов'язане в людини з уявленням про цілі й цінності власного життя, про можливість рухатися до своєї мети, тому при навчанні здорового способу життя виникає питання про те, чому людина не сприймає своє здоров'я у ВКЗ як аксіоматично задану її існуванням реальність. Відповідь на це питання пов'язана, на думку Г. С. Абрамова та Ю. А. Юдчиц, із тим, що у внутрішній картині здоров'я створюються ті свідомі цілі життя, які людина реалізує [100, с. 484].

Незважаючи на те, що велика частина досліджуваних найстаршої групи у своїх відповідях вказали наявність у них мотивації ведення здорового способу

життя і називали мотиви, які би мали спонукати їх зміцнювати своє здоров'я, у власній поведінці вони не завжди діють згідно з цими мотивами.

Показник зростання відповідальності за здоров'я відображений у складених досліджуваними історіях, а також у відповідях на питання авторського опитувальника. Чим старшими стають діти, хворі на епілепсію, тим частіше вони визнають себе відповідальними за власне життя. Показник активної життєвої позиції респондентів ми визначили за результатами їхніх відповідей на запитання опитувальника «Чи вважаєте ви себе творцем свого майбутнього?» (рис. 2.25).

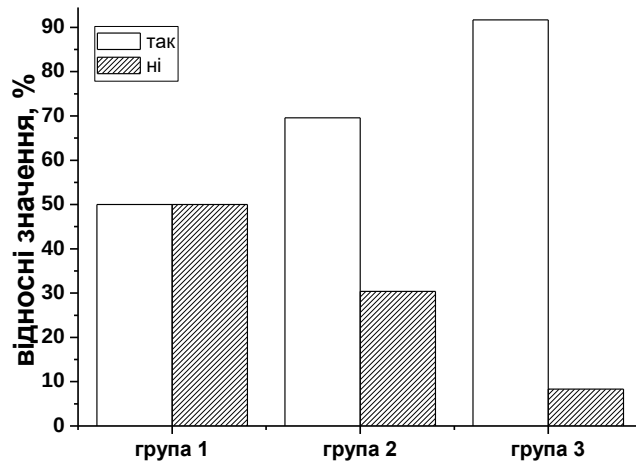


Рис. 2.25. Показники активної життєвої позиції

Цей показник зростає у міру дорослішання дітей. Якщо в першій групі половина дітей молодшого шкільного віку відповіли «так», то в період ранньої юності 90% досліджуваних третьої групи вказали, що вони є «творцями свого майбутнього»

За допомогою контент-аналізу розповідей ми виявили, що з віком у дітей, хворих на епілепсію, збільшується частота вживання слова «здоров'я». У молодшому шкільному віці тільки 17,5% досліджуваних про здоров'я говорять частіше, ніж про хворобу, серед підлітків цей показник становить 41,3%, а в період ранньої юності – 52,08%. Таким чином, можна стверджувати, що разом

із розумінням цінності здоров'я й усвідомленням власної відповідальності, з дорослішанням, діти, хворі на епілепсію, частіше думають про своє здоров'я, надають йому важливішого значення.

Особливості когнітивного компонента ВКЗ (рис. 2.26) розкриваються через уявлення, думки та розуміння дітьми, хворими на епілепсію, поняття «здоров'я», вміння визначати чинники, які впливають на здоров'я.

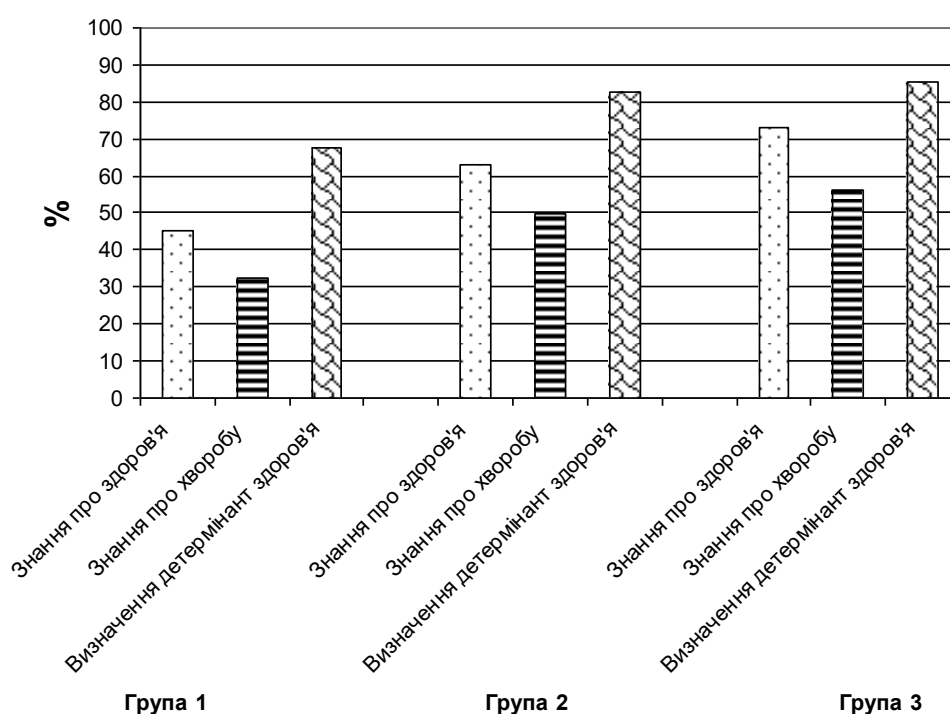


Рис. 2.26. Показники когнітивного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію

Через наявність епілептичних нападів, звикання до ліків, постійні візити до лікарів, перебування в лікарні, знання про здоров'я дітей, хворих на епілепсію, відрізнятиметься від знань здорових дітей. Рівень знання й уявлення про здоров'я формується у процесі спілкування та взаємодії дітей з іншими людьми [31, с. 31]

Важливе значення відведене ставленню соціуму до епілепсії як до хвороби в цілому й до особи, яка хворіє на епілепсію. В результаті

неправильного розуміння хвороби іншими людьми в дитини, хворої на епілепсію, можуть бути розвинені почуття меншовартості, замкнутість, невпевненість у собі, негативізм і недовіра до світу. Вона буде переживати через напади й через те що люди, особливо діти подумують про неї.

Епілептичний напад може стати для дитини стресором у результаті його когнітивної інтерпретації, тобто значення, яке людина приписує цьому подразнику [39]. Тому, ми вважаємо, що для формування адекватного когнітивного компонента ВКЗ дітей із епілепсію важливо, щоб близькі дитини володіли знаннями про особливості проявів хвороби на кожному віковому періоді розвитку.

З дорослішанням дітей, хворих на епілепсію, ми спостерігаємо покращення в них знання пов'язаних зі здоров'ям і особливостями хвороби. Якщо взяти до уваги психологічні причини епілептичних приступів, то з віком діти, які хворіють на епілепсію, надають їм меншого значення. Така тенденція схильності в молодшому віці опиратися на зовнішні причини й у старшому – на внутрішні свідчить про те, що з віком рівень суб'єктивного контролю та інтроверсії дітей, хворих на епілепсію, збільшується [29, с. 114].

З віком діти, хворі на епілепсію, вказують не одне джерело отримання інформації про своє здоров'я, а декілька. Чим старші діти тим частіше вони разом із лікарями й батьками називають себе (рис. 2.27).

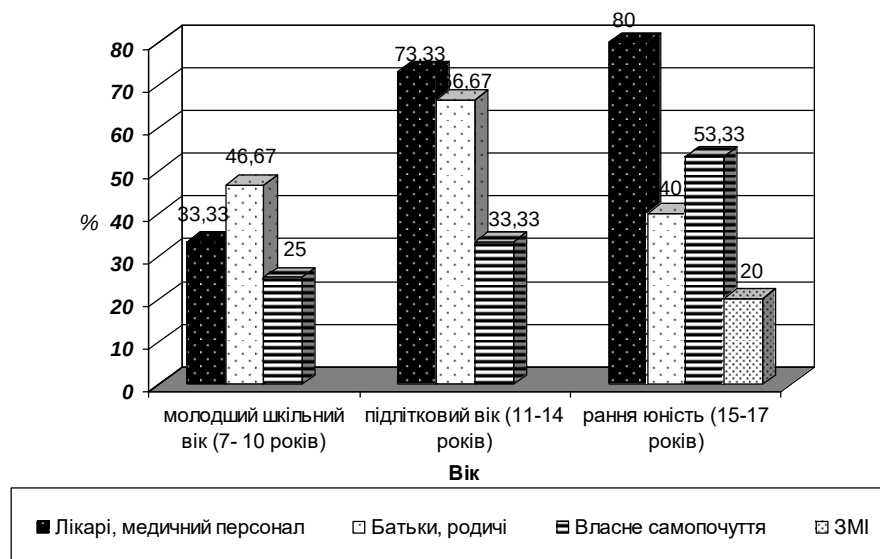


Рис. 2.27. Джерела отримання інформації про здоров'я

Досліджені періоду ранньої юності вказують і на не згадуване раніше джерело отримання інформації – ЗМІ (20,83%). Такі результати пояснюємо, тим що 85,42% дітей юнацького віку відзначили, що свій вільний час вони «проводять за комп'ютером».

Отримані емпіричні результати підтверджують дослідження В. В. Блюм, яка зазначила, що старші підлітки й школярі юнацького віку володіють більш диференційованими уявленнями про здоров'я [11].

Незважаючи на те, що з віком діти, хворі на епілепсію, більше прислухаються до лікарів, чим старші вони стають, тим менше дотримуються їхніх інструкцій. Відсоткова частина молодших школярів, які чітко виконують рецепти й призначення лікарів становить 77,5%, а в період ранньої юності цей показник зменшується до 54,17%. Таке ставлення можна пояснити довгим лікувальним процесом і зневірою в його позитивний результат, а також пошуком власних шляхів вилікування. Тому, з віком зростає відсоток дітей хворих на епілепсію, які лікувалися за допомогою альтернативних методів

(допомога знахарів, священників тощо), якщо в молодшому дошкільному віці показник становить 40%, то в період ранньої юності вже 66,67%.

Актуалізація діяльності дитини, хворої на епілепсію, щодо збереження свого здоров'я відображена у поведінковому компоненті ВКЗ (Рис. 2.28.). Як вважає Бернс Р. Б., поведінковий компонент образу «Я» включає в себе конкретні дії, які могу бути викликані образом «Я» і самооцінкою. Це дуже важливий компонент в адаптації дитини до навколишньої дійсності [84, с. 440].

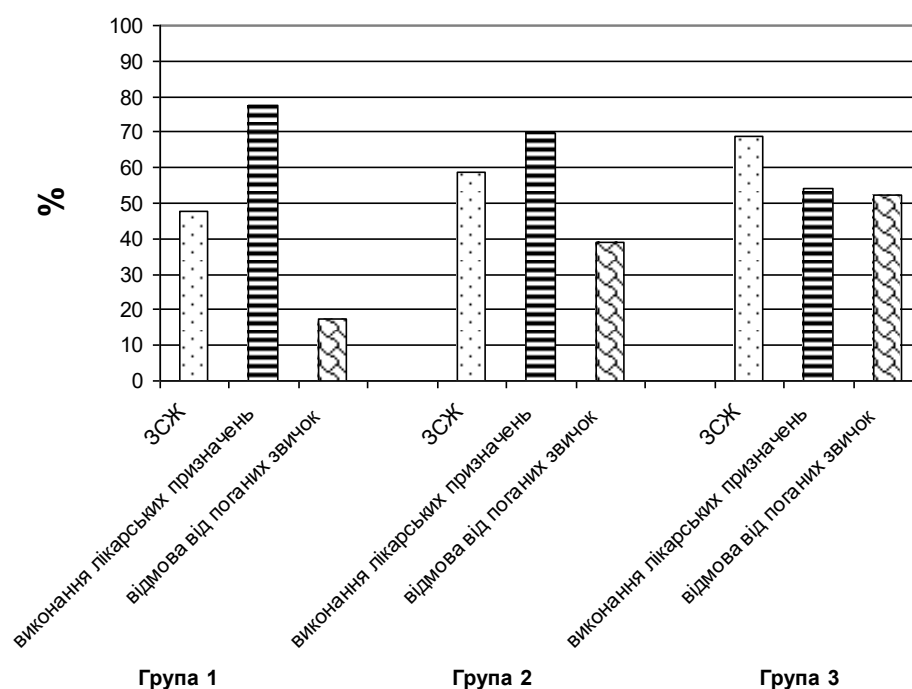


Рис. 2.28. Показники поведінкового компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію

Аналізуючи показник «дій спрямованих на підтримання свого здоров'я», можна виділити 3 основні категорії відповідей, які зустрічаються у всіх вікових групах: 1) виконання рекомендованих лікувально-профілактичних процедур; 2) ведення здорового способу життя; 3) відмова від поганих звичок. Разом із цими загальними характеристиками тільки молодші школярі згадували допомогу

батьків (20%), а найстарші діти вказували «звернення за допомогою до Бога» (20,83%).

Чим старша вікова група тим частіше діти вказують власні дії для покращення здоров'я. У період ранньої юності діти, хворі на епілепсію, більшою мірою опираються на особистий досвід під час вибору поведінкових стратегій у зв'язку зі станом здоров'я. З віком діти стають більш самостійними й менш залежними від батьків, що може створювати для них більш актуальну проблему активності для взаємодії в референтних групах.

Під час аналізу емоційних переживань дітей, хворих на епілепсію, в суб'єктивному стані здоров'я ми визначили, що чим старші діти тим складніші емоційні переживання вони виділяють. Загалом вибори досліджуваних усіх груп були подібними, що дає підстави стверджувати про наявність спільних психологічних особливостей для дітей хворих на епілепсію, всіх вікових груп (рис. 2.28).

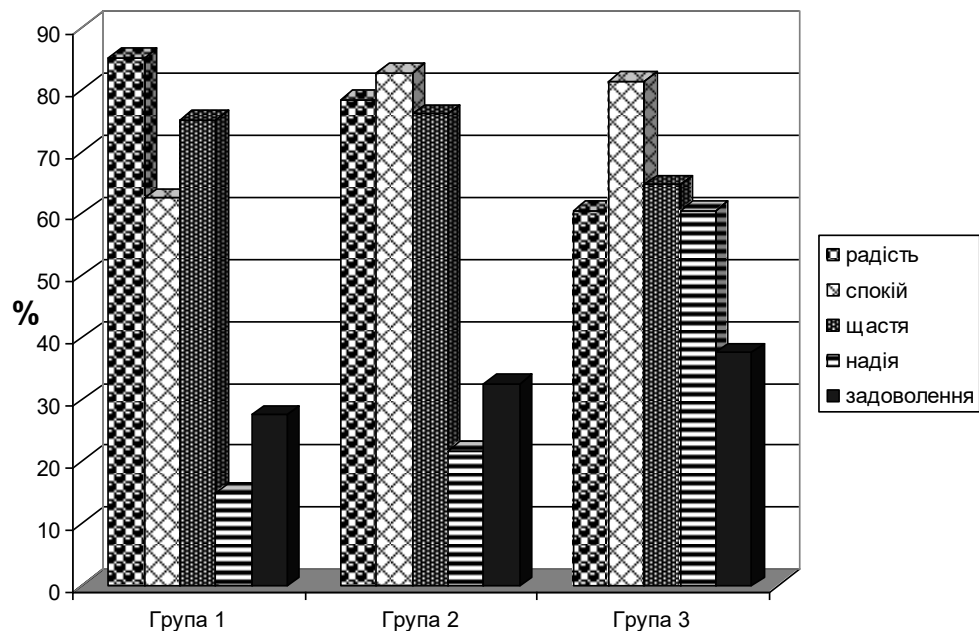


Рис. 2.29. Показники емоційний компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію

Розглядаючи типи ставлення до хвороби дітей, хворих на епілепсію, ми встановили, що з віком діти схильні більше орієнтуватися на власні відчуття стосовно здоров'я, а не на реакцію найближчого оточення.

Порівнюючи відповіді досліджуваних стосовно психологічного стану і ситуації погіршення здоров'я, ми отримали більш диференційовані результати. Такі негативні емоційні переживання пояснюємо непередбачуваністю епілептичних приступів і втратою контролю над собою під час них.

Психологічними особливостями епілептичних приступів є їхні виражені прояви, які створюють нерозуміння й негативні реакції з боку близького оточення хворої дитини, що, на нашу думку, призводить до підвищення рівня тривожності в дітей та їхніх матерів.

За допомогою кореляційного аналізу ми виявили сильний зв'язок особистісної й ситуативної тривожності дітей, хворих на епілепсію, з показниками тривожності матерів, а також середній зв'язок особистісної тривожності з емоційною лабільністю матерів (рис. 2.30).

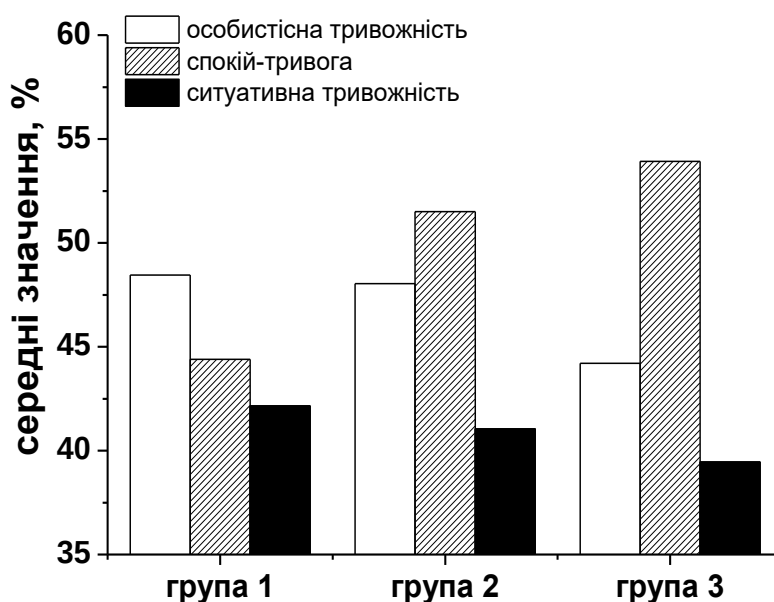


Рис. 2.30. Співвіднесення показників тривожності матерів з показниками особистісної та ситуативної тривожності їхніх дітей

Варто зауважити, що у всіх вікових групах рівень ситуативної тривожності нижчий, ніж рівень особистісної тривожності. Оскільки ми проводили дослідження в лікарні, де поряд із дітьми був медичний персонал і в більшості випадків їхні матері, ми вважаємо, що отримані результати пов'язані з відчуттям у них безпеки й захищеності.

Інтенсивність тривожності залежить не тільки від ситуації, але й від особистісних чинників дитини, причому особистісні чинники можуть мати більш істотне значення, ніж ситуаційні. Переважання особистісних чинників указує на особистісну тривожність як особистісну рису дитини, що зумовлює готовність її до тривожних реакцій. У старшому віці тривожність виявляється у неспокої, душевному дискомфорті, а в молодшому – в порушеннях поведінки: метушливості, непосидючості, надмірній рухливості [84, с. 460].

Варто погодитися з думкою дослідників І. Г. Киян, І. В. Равич-Щербо й А. Г. Румянцев, які визначили, що висока особистісна тривожність матері, яка виховує хвору дитину, відображає внутрішню конфліктність і напруженість матері, а хвороба дитини є можливістю відреагування власних проблем [94, с. 237].

Проведене нами дослідження показало, що епілепсія в дітей негативно впливає на якість життя, психоемоційний стан і соціальну активність їхніх матерів. Наявність захворювання змінює взаєностосунки як всередині сім'ї, так і за її межами. Також нами було виявлено, що матері гостро сприймають біль дітей, пов'язаний із хворобою. Все це відображено у ставленні дітей, які хворіють на епілепсію, до свого здоров'я й хвороби.

Ми виявили, що типи реагування на хворобу в досліджуваних дітей пов'язані з показниками суб'єктивної оцінки якості життя їхніх матерів. Із дорослішанням дитини й зміною її ставлення до епілепсії, покращуються показники якості життя її матері.

У молодшому шкільному віці діти, хворі на епілепсію, перебувають у тісному емоційному зв'язку зі своїми матерями, тому інтенсивність сприйняття

матерями болю дитини та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю детермінують переважання в цій групі досліджуваних іпохондричного типу реагування на хворобу. Це підтверджують отримані матерями дітей з іпохондричним типом низькі показники суб'єктивної оцінки больових відчуттів своєї дитини.

Серед досліджуваних підліткового віку, переважним типом реагування на хворобу став неврастенічний, який притаманний 39,13% дітей цієї групи. Матері цих дітей отримали найнижчі показники за шкалою «соціальне функціонування». Можна стверджувати, що результатом дратівливості, імпульсивності й частой зміни настроїв у підлітків, хворих на епілепсію, є обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування їхніх матерів.

Ми виявили низькі показники оцінки стану здоров'я дитини в матерів досліджуваних із ейфорійним і апатичним типами ставлення до епілепсії. Вважаємо, що на зменшення інтересу до лікування й підтримання свого здоров'я в період ранньої юності важливий вплив має сприйняття та розуміння матерями здоров'я дитини.

У результаті проведення кореляційного аналізу, нами була встановлена наявність достатньо сильного зв'язку показників суб'єктивної оцінки свого здоров'я дітьми й оцінки його матерями ($r=0,73$; $p\leq 0.001$). Встановлено, що з віком цей показник покращується, тому можна стверджувати про позитивну тенденцію сприйняття стану здоров'я дитини й перспективу лікування.

Таким чином, проаналізувавши результати емпіричного дослідження ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного й підліткового віку, а також періоду ранньої юності, ми визначили що на кожному з цих вікових етапів вона має свої особливості (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Чинники формування і особливості прояву ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, в різні вікові періоди їх розвитку

Молодший шкільний вік (7-10 р.)	Підлітковий вік (11-14 р.)	Рання юність (15-18 р.)
– перебувають у тісному емоційному зв'язку й залежності від своїх батьків; – відповідальність за своє здоров'я покладають на близьке доросле оточення, насамперед на батьків; – дотримуються пасивної позиції щодо лікування; – опираються на зовнішні причини погіршення здоров'я; – недостатньо диференціюють зміст поняття «здоров'я»; – покращення свого здоров'я пов'язують із часом; – мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності; – у них переважають егоцентричний, іпохондричний чи сенситивний типи ставлення до хвороби.	– розглядають здоров'я як найбільшу цінність; – пов'язують здоров'я з матеріальним достатком людини; – інформацію про своє здоров'я отримують насамперед від лікарів; – здатні самостійно визначити симптоми погіршення свого самопочуття й виділити ознаки, які передують епілептичному нападу; – необхідною умовою підтримання свого здоров'я вважають дотримання здорового способу життя; – починають задумуватися про покращення здоров'я для своїх близьких; – у них переважають неврастенічний чи паранояльний типи ставлення до хвороби.	– усвідомлюють і відкрито повідомляють про свої дії, які шкодять здоров'ю, але не прагнуть їх виправити; – приймають і розуміють особисту відповідальність за здоров'я; – здатні формувати чіткі уявлення про погіршення здоров'я та виділяти ознаки хвороби; – орієнтуються на власні відчуття стосовно здоров'я, довіряють самопочуттю; – турбуються та переживають за здоров'я близьких людей; – легковажно ставляться до лікування, не вірять у його результативність, звертаються до альтернативних методів лікування; – у них переважають ейфорійний чи апатичний типи ставлення до хвороби.

Обґрунтування концептуально-методичних засад емпіричного дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, та його результати дозволило нам зробити такі висновки:

1. Теоретико-методологічною основою емпіричного дослідження динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, є поєднання цілісного (комплексного) системного підходу до вивчення людини та біопсихосоціальної модель здоров'я й хвороби. Згідно з принципом системного підходу, ВКЗ розглядають як складну систему, ланки якої тісно взаємопов'язані й взаємозалежні. Поряд з принципом системності, важливо враховувати особистісний підхід та принцип

ієрархічності, що містить такі рівні життєдіяльності людини: біологічний, психологічний, соціальний.

2. Відповідно до поставлених завдань наукової роботи, було сформовано психодіагностичний комплекс методик; відібрано й за групами розподілено респондентів дослідження. Емпірично визначено ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, на таких вікових етапах розвитку: молодший шкільний і підлітковий вік, період ранньої юності, а також психологічні стани їхніх матерів. Проаналізовано залежність психологічних станів матерів від тривалості захворювання дітей і вплив цих станів на розвиток їхньої ВКЗ. Виявлено закономірності вікової динаміки розвитку ВКЗ дітей хворих на епілепсію.

3. Встановлено, що у зв'язку з відсутністю досвіду й знань, у досліджуваних молодшого шкільного віку спостерігається недостатня диференційованість уявлень про здоров'я. Молодші школярі перебувають у великій емоційній залежності від своїх батьків, тому психологічна допомога повинна бути спрямована на зменшення страху, зниження чутливості й зміну зосередженості з неприємних відчуттів на ресурсах як у дітей, хворих на епілепсію, так і в їхніх батьків.

4. З віком відчуття постійного страху й відсутність необхідних знань про своє здоров'я заважає дітям із епілепсією взаємодіяти в референтних групах, робить їх дратівливими та недовірливими. Зміни тіла, розпочаті в період статевого дозрівання, наявність епілепсії та її усвідомлення негативно впливають на емоційне самопочуття підлітків. Особлива увага особистості до власних недоліків, характерна для цього вікового періоду, призводить до неврастенічного типу реагування на хворобу.

5. У період ранньої юності хворі на епілепсію розуміють необхідність більшої особистої активності для збереження свого здоров'я. Ставлення до здоров'я в них зумовлене більше власною внутрішньою позицією, ніж зовнішніми чинниками. Однак, через утрату віри в одужання та втому, вони виявляють менший інтерес до підтримання свого здоров'я.

6. З віком у дітей, хворих на епілепсію, збільшується диференційованість уявлень про здоров'я, зростає відповідальність, автономність і опора на особистий досвід під час вибору стратегій поведінки щодо покращення здоров'я. Чим старші діти, тим частіше вони враховують думку лікарів, але рідше готові виконувати, призначені ними, лікувально-профілактичні процедури. Розчарування й втрата віри в успіх традиційного лікування епілепсії спонукає до пошуків альтернативних методів допомоги.

Вікові особливості розвитку дітей, хворих на епілепсію, відображені на динаміці їхніх типів ставлення до хвороби. Досліджуваним усіх вікових груп притаманні типи ставлення до хвороби, які характеризують наявністю дезадаптивної поведінки. Така поведінка призводить до порушення їхнього соціального функціонування, що вказує на необхідність надання психологічної допомоги для цієї категорії населення.

7. Ситуація хвороби дитини вимагає від матері великих затрат енергії, в неї знижується тонус, з'являється втома, погіршується працездатність. Ідентифікація себе з дитиною знижує її самооцінку й створює негативний образ себе, особливо на перших етапах захворювання дитини. Стан пригніченості та безпорадності відображений у зниженні здатності отримувати задоволення від життя, погіршенні психічної активності, підвищенні рівня тривожності. У результаті цього в матерів дітей, хворих на епілепсію, виникають депресії.

У структурі якості життя сімей, які виховують дитину з епілепсією, найнижчі показники наявні в тих сферах, що асоціюються з хворобою дитини. Фізична біль, яку відчуває дитина спричиняє дискомфорт і заважає здійснювати повсякденну діяльність матері. Зниження життєвого тонусу в членів сім'ї дитини, яка хворіє на епілепсію, впливає на формування її ВКЗ.

8. Результати емпіричного дослідження показали тісний зв'язок ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, з віковими особливостями, психоемоційним станом їхніх матерів, психологічними характеристиками хвороби, суб'єктивною

оцінкою здоров'я й підтвердили необхідність створення програми оптимізації ВКЗ на кожному віковому етапі розвитку.

РОЗДІЛ 3

РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

У третьому розділі представлено авторську корекційно-розвивальну програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, обґрунтовано її доцільність, описано особливості реалізації й відображено результативність. Аргументовано ефективність застосування програми в психологічному супроводі сімей, які виховують дітей, хворих на епілепсію.

3.1. Обґрунтування доцільності оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Сучасна охорона здоров'я посилює й розширює психопрофілактичні та реабілітаційні заходи для дітей з хронічними захворюваннями. Визнано, що комплексне лікування обов'язково повинно містити засоби психогігієни й психотерапії, спрямовані на пом'якшення впливу хвороби на розвиток дитини [102, с. 193].

Багато дослідників (О. І. Болдирєв, С. А. Громов, Р. Лезер, В. С. Лобзин, В. Тресчер, В. Хаузер Д. Чедвік та ін.) вказують, що порівняно з іншими нервовопсихічними захворюваннями, саме епілепсія значно впливає на якість соціального життя пацієнтів у зв'язку з обмеженнями низки соціальних функцій. Доведено, що соціально-психологічні проблеми, пов'язані з епілепсією, зумовлені різними обмеженнями, які накладає хвороба, й відсутністю необхідної суспільної підтримки, зокрема, й соціально-психологічної допомоги (А. А. Богословський, О. З. Голубков, Н. В. Завязкіна, Б. А. Казаковцев, В. В. Калінін, Е. Л. Максудова, В. Фрешер) [44].

У своєму дослідженні в Лос-Анджелесі в 1983 році Мітан (Mitan), повідомив, що 50% – 75% пацієнтів, які мають епілепсію, провели майже весь свій час удома. Така ізоляція часто є результатом страхів щодо можливих

негативних реакцій інших людей на епілептичний напад. У багатьох хворих на епілепсію розвинулась залежність від своїх родичів і ця залежність заважає розвитку соціальних навичок [117].

Одними із основних проблем, з якими стикаються епілептики, зазначеними в Європейській декларації (European Declaration) є покращення розуміння епілепсії в суспільстві й завдяки цьому зменшення стигми й усунення дискримінації хворих.

Для покращення суб'єктивного сприйняття хвороби й підвищення компетенції щодо зміцнення здоров'я потрібно здійснювати психологічну допомогу сім'ям, які виховують дітей із епілепсією. Важливою, на нашу думку, є співпраця сім'ї, психолога й лікаря, що лікує, які разом дотримуються спільної стратегії дій, спрямованих на оптимізацію ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

Впевненість у прогресі лікування, здатність долати труднощі лікування, віра в його успіх забезпечуються всебічною психологічною підтримкою сім'ї. Доведено, що позитивне ставлення членів сім'ї до лікування підвищує його ефективність [102, с 195]. Повага батьків до знань лікаря й психолога, до їх призначень і рекомендацій створюють атмосферу надії, підкріплюють віру в благополучний результат лікування. Коли про дитину піклуються батьки, які вірять не тільки у віддалений успіх, а й усвідомлюють правильність всього лікувально-реабілітаційного процесу, в дитини покращується настрій і загальний стан здоров'я [46].

Ставлення до здоров'я дітей, хворих на епілепсію, значною мірою, визначене особливостями їхнього сімейного виховання. Тривога за долю дитини, постійне відчуття очікування нападу, необґрунтоване почуття провини негативно відображаються на тактиці вихованні. Батьки беруть активну участь у їхньому лікувально-реабілітаційному процесі, тому важливо, щоб вони стали опорою під час загострення хвороби дитини, могли допомогти їй упоратися з труднощами, які виникають через погіршення здоров'я [33, с. 162].

На формування установки до лікувально-реабілітаційного процесу, насамперед, впливає сім'я, а точніше, те ставлення до лікарів, яке засвоює дитина під впливом батьків. Дуже часто батьки сприяють виникненню страхів перед «людьми в білих халатах», якими дитину лякають в виховних цілях. Тому, важливо з раннього віку сформувати у дитини, хворої на епілепсію, прихильне ставлення до медичного персоналу, що надалі позитивно вплине на її комплаєнс.

Формами організації психологічної допомоги дітям, хворим на епілепсію, є психологічне консультування, корекція, системна психологічна підтримка або психологічний супровід дітей і їхніх матерів [84, с. 459]. Ми вважаємо, що всі форми психологічної допомоги у своїй основі мають опиратися на ВКЗ дитини.

Психологічний супровід диференціюється за етапами проходження лікування:

І. Виявлення захворювання, звернення до лікаря, виставлення діагнозу.

Короткотривалий етап, який є найбільш травмувальним для дитини та її близьких, насичений негативними емоціями, страхами, переживаннями [23]. На цьому етапі психологічний супровід спрямований на емоційний і когнітивний компоненти ВКЗ дитини.

Важливе значення надається батькам, які приймають рішення про залучення допомоги. За результатами нашого дослідження звернення за медичною допомогою не завжди відповідає першим симптомам хвороби. У деяких випадках досліджувані вказували, що перший епілептичний напад був задовго (більше року) до поставлення діагнозу фахівцем.

Батьки не завжди розуміють реальну тяжкість захворювання й через відсутність належних знань неправильно трактують епілептичні напади, не надають їм важливого значення.

Діагноз епілепсія часто, з точки зору матері, є загрозою престижу й благополуччя для своєї сім'ї. Їй важко змиритися з поставленим діагнозом і

додатковими труднощами, пов'язаними з хворобою, важко прийняти новий статус дитини [30, с. 54].

Епілепсія може проявитися в дітей різного віку, але вона завжди призводить до нової, невідомою раніше, ситуації в якій опиняється сім'я хворої дитини. Часто один з батьків швидше адаптується до цієї ситуації. Різні стратегії поведінки батьків можуть призвести до зростання суперечок між ними, що негативно відобразиться на розвитку ВКЗ дитина.

Батьки по-різному реагують на хворобу дитини. Зазвичай чоловіки не схильні драматизувати ситуацію (Graham, 1991), тим часом як жінки часто впадають у депресію, відчувають почуття провини (Eiser, 1990). Тому, в матерів здебільшого проявляється більше психічних симптомів у зв'язку з хворобою дитини, ніж у батьків (Engstrom, 1991).

Доведено, що батьки, які виховують дитину з діагнозом «епілепсія» частіше розлучаються. Ці результати підтвердили й отримані нами дані, згідно з якими 32,84% хворих дітей виховують у неповних сім'ях. Зазвичай, батьки, на відміну від матерів, не приймаючи життєві обставини, здійснюють емоційний або фізичний відхід. Також як психологічний захист вони поринають у роботу, хобі або алкоголізм, тому провідна роль у реабілітаційному процесі належить матерям [54, с. 65].

Дослідники М. Семаго й Р. Майромьяна вказують на особливий психологічний статус сімей із проблемними дітьми, який більшою чи меншою мірою визначений характером взаємовідносин між членами сім'ї, звичною закритістю сім'ї для зовнішнього світу. Зазвичай матір не працює й у неї немає можливості реалізувати себе, вона позбавляє уваги здорових дітей, якщо вони є [75, с. 167].

На думку дослідника Santacrose, сім'ї, які дізнаються, що їхні діти мають хронічні захворювання, мають схожі фази реагування на хворобу.

Першу фаза характеризують «подивом і відмовою». Дитина й сім'я, які дізналися про діагноз зіткнулися зі справою, про яку вони ніколи не знали

раніше і яка вимагає довгострокової боротьби. Сім'я може думати, що діагноз не такий; вони можуть діяти наче вони не зрозуміли серйозність хвороби. На першому етапі відбувається прийняття й розпізнавання хвороби, що надалі впливатиме на лікування.

Під час другої фази настає «гнів і обурення». Цю фазу супроводжує «почуття провини». Це етап, на якому батьки часто ставлять такі питання, як «Чому ми? Чому наша дитина?». Деякі сім'ї можуть сприймати хворобу як покарання, особливо, якщо захворювання має генетичну основу. Тільки після цих фаз настає прийняття хвороби й адаптація [114].

Завдання психологічного супроводу на етапі:

1. Зменшення негативних емоцій і стресу; усунення паніки, відновлення адекватного сприйняття реальності (оптимізація емоційного компонента ВКЗ).

2. Усвідомлення й прийняття діагнозу; побудова вихідної внутрішньої картини хвороби (оптимізація когнітивного й ціннісно-мотиваційного компонентів ВКЗ).

3. Первинна адаптація до захворювання, навчання поведінки під час погіршення здоров'я (оптимізація поведінкового компонента ВКЗ)

4. Встановлення довірливих стосунків з лікарем; прийняття стратегії лікування; аналіз і прийняття ризиків; налаштування на процес виздоровлення; оцінка реальної перспективи (оптимізація емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного й поведінкового компонентів ВКЗ) [77].

Часто в лікувально-реабілітаційному процесі беруть участь не тільки батьки дитини, хворої на епілепсію, а й інші родичі. Зважаючи на те, що 46,27% досліджуваних дітей проживають разом із бабусями й дідусями, існує потреба роботи психолога не тільки з дитиною та батьками, а й з іншими родичами. Велике значення цього факту повинен враховувати медичний персонал, який збирає анамнез. Це є нелегко саме через участь усієї сім'ї.

II. Лікування.

Етап динамічний, насичений різноманітними емоціями – від страху й безнадії до надії й визнання неминучості наслідків захворювання [77].

Коли батьки дізнаються про діагноз «епілепсія», вони усвідомлюють, що їхня дитина завжди буде відрізнятися від інших здорових дітей, але багато з них не знають як допомогти їй упоратися із труднощами, спричиненими цією хворобою. «Втрата батьками досконалої дитини» може бути відображена в надмірній опіці, тривожності, боязливості, агресивності, що значно погіршить якість життя дитини з епілепсією [32, с.42].

Природно, що батьки бережуть дітей і переживають за них. Проблемою це стає лише тоді, коли ці страхи перебільшені, коли батьки надають захворюванню надто великого значення.

У поведінці батьків іноді спостерігаємо й іншу крайність. Деякі з них просто не звертають уваги на захворювання дитини. Причиною такої поведінки може бути й повне заперечення хвороби дитини, відмова приймати її наявність [85, с. 62].

Після отримання діагнозу «епілепсія» в дитини, в житті сім'ї відбуваються значні зміни соціальних зв'язків і контактів. У своїй дисертації Н. І. Погорільська вказала про значення зовсім незнайомих для сім'ї, яка виховує хвору дитину, людей. Ці люди одноразово з'являються в житті сім'ї, але їхні висловлення суттєво впливають на емоційний стан членів родини. До такого прошарку можна віднести пасажирів транспорту, які неоднозначно висловлюються про поведінку хворого, й людей, що негативно говорять про інвалідів тощо [75, с. 169].

Не зважаючи на зміни, сім'я залишається системою, яка постійно перебуває у взаємообміні з навколишнім середовищем. Дитина, хвора на епілепсію, та її близькі діалектично стають частиною цього середовища, де різні форми взаємовідносин впливають на процеси адаптації, детермінуючи їх [39, с. 22].

Більшість досліджень показують, що поява в дитини хронічного захворювання може вплинути на функціонування сім'ї, особливо в разі хвороб, які важко піддаються лікуванню. Зазвичай стосунки в сім'ї погіршуються (І. Енгстром, Б. Ларссон).

Нами встановлено, що впевненість у прогресі лікування, здатність долати труднощі лікування, віра в його успіх забезпечені всебічною психологічною підтримкою сім'ї, особливо матері. Домінантний психоемоційний стан матерів дітей, хворих на епілепсію, на відміну від матерів здорових дітей, характеризують зниженими показниками, що свідчить про наявність у них ознак особистісних порушень [21, с. 90-91].

Як і будь-яке хронічне захворювання, епілепсія може порушити звичний спосіб життя не лише батьків, а й найближчих родичів (братів, сестер). Лікарські призначення, розклад прийому ліків, спеціальні зустрічі з учителями й психологами можуть по-різному сприймати інші члени сім'ї. Брати й сестри можуть відчувати, що їм приділяють менше уваги. Вони також можуть боятися й відчувати заздрість, що батьки люблять їх менше, ніж дитину з епілепсією. Важливо, щоб батьки заохочували дітей говорити про свої почуття, всі члени сім'ї мають розуміти, що це нормально висловлювати їх.

Атмосфера, наявна в родині на цьому етапі, значно залежить від того, як до дитини ставилися раніше. Якщо дитині до хвороби не вистачало турботи й уваги, то й після виявлення захворювання в такій сім'ї вона не буде забезпечена усім необхідним. Водночас деякі батьки, зрозумівши, що до хвороби дитини вони недостатньо оточували її турботою, мало приділяли часу, перебудовуються й створюють для дитини все необхідне. У сім'ях, де дитина оточена надмірною увагою, де намагаються попередити кожне її бажання, де захоплюються будь-яким її вчинком і добрими намірами, батьки можуть завдати шкоди дитині [46].

Завдання психологічного супроводу на етапі:

1. Психологічна діагностика дитини, хворої на епілепсію, зокрема діагностика ВКЗ, типу ставлення до хвороби, тривожності.
2. Визначення специфіки індивідуальних проявів хвороби в дитини.
3. Уточнення й розширення ВКХ і ВКЗ; переосмислення ВКЗ у співвідношенні з ВКХ; оптимізація ВКЗ.
4. Формування прихильності до лікування й довіри до лікаря.
5. Усвідомлення психосоціальних чинників виздоровлення [77].

Продовжується робота з найближчим оточенням дитини, хворої на епілепсію, метою якої є розуміння особливостей хвороби, за якого епілептичні приступи розглядають як тимчасові незручності. Маркером завершення етапу є ремісія, що характеризується значним ослабленням симптомів епілепсії в дитини, покращенням її емоційного стану. Перехід до психологічної реабілітації залежить від реабілітаційного потенціалу й індивідуальних особливостей особистості, а також виконання програм лікування та адаптації до нових умов.

III. Психологічна реабілітація.

На етапі психологічної реабілітації дітей, хворих на епілепсію, важливим є комплексний підхід, який передбачає активну співпрацю дитини, її батьків із лікарем й психологом. Така співпраця сприяє наданні пацієнтам різнопланової, якісної інформації, спрямованої на активізацію реабілітаційних процесів [77].

Однією з найбільш важливих проблем для дітей, хворих на епілепсію, на цьому етапі є труднощі пов'язані з самостійністю. Труднощі можуть бути спричинені неправильним ставленням батьків і лікарів. Батьки завжди прагнуть захистити своїх хронічно хворих дітей, і лікарі можуть також сприяти цій гіперопіці, підкреслюючи обмеження дитини через хворобу [114].

Позбавляючи дитину активності й ініціативи, батьки посилюють її незахищеність, непристосованість до реального життя, хоча водночас вкрай хвилюються за її добробут.

Результати нашого дослідження показали, що більшість дітей, хворих на епілепсію, не реалізують себе в творчості й соціальній активності, натомість діти більшу частину свого вільного часу проводять удома за комп'ютером.

Батьки не завжди пам'ятають, що хвора дитини – це особистість, яка розвивається. Вони «зациклюються» на хворобі, відчують тривогу, хвилюються, що вона не така як усі. І часто дитина переймає негативні емоції своїх батьків. У сім'ї, де є хвора дитина, часто наявна гіперопіка, егоцентричність (у дитини), немає самостійності (дитина не вміє про себе піклуватися) [39, с. 15].

Якщо батьки постійно знецінюють діяльність дитини, то в неї формується страх невдачі, й на цьому фоні – особистісна залежність від батьків. Це виявляється в неадекватно низькій самооцінці дитини й несамостійності. У підлітковому віці можуть бути такі негативні поведінкові реакції, як відмова, протест, опозиція.

Успішна психологічна реабілітація дозволить створити ампатійну, підтримувальну атмосферу, де хвора на епілепсію дитина росте в безпеці й розумінні, впевнена в собі, ефективно взаємодіє з навколишнім середовищем. Розуміння стану й знання про багато ресурсів для підтримки людей з епілепсією допоможуть дитині жити щасливо й повноцінно наскільки це можливо.

Діти, які хворіють на епілепсію, потребують особливої психологічної реабілітації з урахуванням індивідуальних характеристик і особливостей сім'ї, в якій їх виховують. Індивідуальний підхід передбачає діагностику, вправи, процедури, навчання, спрямовані на конкретну дитину та її батьків, що допоможуть оптимізувати ВКЗ.

Завдання психологічного супроводу на етапі:

1. Емоційна підтримка; формування адекватних способів емоційного реагування на особливості здоров'я; відновлення емоційної рівноваги, зменшення тривоги.

2. Розвиток самоповаги, впевненості, ініціативності, навичок міжособистісної взаємодії.

3. Розкриття ресурсів і способів підтримки.

4. Формування гармонійного типу ставлення до хвороби.

5. Зміна батьківських установок і позицій стосовно здоров'я дитини.

6. Просвітницька робота, спрямована на навчання правильного способу життя.

7. Мобілізація пацієнта до життєвої активності; організація життєдіяльності дитини в сім'ї та школі з урахуванням її особливостей хвороби.

Аналіз результатів емпіричного дослідження показав особливості компонентів ВКЗ кожної вікової групи дітей і ключові детермінанти її розвитку, й на основі отриманих даних ми створили програму оптимізації ВКЗ за допомогою інтерактивних занять для дітей і їхніх батьків. Ми визначили, що для оптимізації кожного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, потрібно покращити такі показники :

Ціннісно-мотиваційний компонент:

- вміння виділяти життєві цілі й мотиви збереження здоров'я;
- розуміння цінності та значущості здоров'я;
- прийняття відповідальності за своє здоров'я;
- усвідомлення значущих цінностей у своєму житті.

Когнітивний компонент:

- розуміння ролі здоров'я в житті;
- знання про способи збереження, підтримки й зміцнення здоров'я;
- когнітивні інтерпретації особливостей епілепсії;
- усвідомлення ознак порушення здоров'я;
- вибір джерел інформації в питаннях стосовно здоров'я.

Емоційний компонент:

- емоційна самосвідомість, саморозуміння й самопізнання;

- емоційна залежність від психоемоційного стану матерів;
- рівень тривожності, емоційне реагування на своє здоров'я;
- відчуття впевненості в перспективі лікування.

Поведінковий компонент:

- ведення здорового способу життя;
- розуміння наслідків власної поведінки для здоров'я;
- усвідомлення своїх сильних якостей, розкриття внутрішніх ресурсів;
- життєва активність, сфери діяльності;
- сумлінність у виконанні лікарських призначень.

Ідея нашої програми полягає у використанні комплексного системного підходу до вивчення людини. Комплексний підхід передбачає співпрацю психолога не тільки з дитиною, хворою на епілепсію, а й з її найближчим оточенням: родичами, медичними працівниками, педагогами. Точкою перетину їхньої співпраці є ВКЗ дитини, оптимізація якої вирішить завдання психологічної реабілітації.

Оптимізація ВКЗ дитини, хворої на епілепсію, дозволить створити емпатійну, підтримувальну атмосферу, де хвора на епілепсію дитина може рости в безпеці та розумінні, впевнена в собі, повноцінно взаємодіє з навколишнім середовищем.

Згідно з нашим дослідженням, метою супроводу сім'ї, яка виховує дитину, хвору на епілепсію, на етапі реабілітації є: прийняття нової ВКЗ, оптимізація кожної компоненти ВКЗ, засвоєння нових форм поведінки, яка сприяє здоров'ю та зміна стратегії поведінки в умовах сім'ї, соціуму [77].

Саме цей етап лікувального процесу став об'єктом нашого дослідження й представлений детальніше в наступних підрозділах дисертації.

3.2. Модель організації програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Організація психологічної реабілітації дітей, хворих на епілепсію, здійснюється за допомогою інтерактивних занять, які проводяться за етапами п'ятикрокової моделі організації групової роботи в методі позитивної психотерапії.

П'ятикрокова модель позитивної психотерапії допомагає

- здійснити загальний огляд ситуації особистості, її життєвої даності (етап дистанціювання);
- аналізувати чинники й соціально-психологічні детермінанти здоров'я (етап інвентаризації);
- актуалізувати особистісні ресурси й ресурси життєвого шляху на етапі реабілітації, знайти альтернативні способи розв'язання проблем (етап ситуативного підбадьорювання);
- розширення життєвих перспектив і відкриття нових можливостей здійснення психологічної реабілітації (етапи вербалізації й розширення цілей) [77].

Психологічне консультування ми розглядаємо як один із способів психологічного впливу, спрямований на оптимізацію ВКЗ, зниження емоційного дискомфорту й нормалізацію міжособистісних відносин.

У процесі психологічного консультування дитини, хворої на епілепсію, необхідно враховувати характер поєднання в її ВКЗ таких чинників, як соціальна ситуація розвитку, індивідуально-психологічні характеристики, особливості міжособистісного спілкування в сім'ї й у соціумі [84, с. 459].

Процедура участі в корекційно-розвивальній програмі відбувається таким чином: усім пацієнтам Центру ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, яким було поставлено діагноз епілепсія, рекомендують брати участь у програмі психологічної реабілітації. Програма не нав'язується, а лише рекомендується психологом, а тому вибір

будується на особистому усвідомленні й потребі пацієнта. Така процедура забезпечує добровільність та особисту зацікавленість у роботі [77].

Співпраця з дітьми, хворими на епілепсію, відбувається за такими кроками:

- 1) вступна бесіда, з'ясування мотивації участі в програмі;
- 2) робота в обраній програмі оптимізації ВКЗ та індивідуальне психологічне консультування на запитом;
- 3) постдіагностичний етап результатів впливу програми.

Корекційно-розвивальна програма оптимізації ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, містить групову та індивідуальну форми роботи.

Групове роботе проводять у формі інтерактивних занять із використанням елементів тренінгу за загальноприйнятими принципами (тут і тепер, щирості та відкритості, активності, конфіденційності тощо), що дозволяє учасникам закріпити позитивні емоції від заняття, усвідомити внутрішні ресурси, зміцнити міжособистісні стосунки. Інтерактивні заняття базуються на активній взаємодії учасників. Вони пронизані елементами гри або містять ігрову ситуацію.

Кожне групове заняття з дітьми призначене для корекції та розвитку певного компонента їхньої ВКЗ (табл. 3.1). Заняття сприяють активізації та стимулюванню пізнавальної діяльності, розвитку емоційно-вольової сфери, набуттю комунікативних навичок і вмінь, необхідних для оптимізації ВКЗ дітей, хворих на епілепсію.

У разі необхідності й за запитом пацієнта проводять індивідуальну роботу, яка дає можливість нівелювати недоліки групової роботи (зокрема, недостатню глибину опрацювання особистісних проблем, обмежене саморозкриття тощо).

Таблиця 3.1.

Оптимізація компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію

Компоненти ВКЗ дітей, хворих на епілепсію	Зміст корекції
<u>Ціннісно-мотиваційний компонент</u>	- підвищення мотивації лікування й ведення здорового способу життя; - розвиток відповідальності за своє здоров'я й усвідомлення власної значущості для прийняття життєво важливих рішень; - покращення розуміння власної системи цінностей та цінності здоров'я; - розширення життєвих перспектив, знаходження нових життєвих цілей.
<u>Когнітивний компонент</u>	- удосконалення спектру знань щодо способів підтримки й покращення здоров'я; - поглиблення знань про особливості епілепсії; - покращення самопізнання, усвідомлення й осмислення життєво важливих рішень, які впливають на здоров'я; - розширення ресурсів, розвиток умінь виділити успішні стратегії покращення здоров'я.
<u>Емоційний компонент</u>	- розвиток емоційної самосвідомості, удосконалення здатності аналізувати свій настрій; - покращення саморозуміння й самопізнання; - сприяння засвоєнню навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я; - зниження рівня тривожності, покращення самопочуття; - формування успішних стратегій розвитку впевненості й оптимізація емоційного реагування на своє здоров'я.
<u>Поведінковий компонент</u>	- спрямовування на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я; - розвиток розуміння наслідків власної поведінки для здоров'я, формування установки про значущість своєї особистості для збереження здоров'я; - підвищення життєвої активності й розширення сфер діяльності; - усвідомлення сильних якостей, розкриття внутрішніх ресурсів, прийняття нових стратегій вирішення складних життєвих ситуацій; - сприяння розвитку мотивації виконувати лікарські призначення.

У нашій корекційно-розвивальній програмі для трьох груп дітей різних вікових періодів перші заняття присвячені оптимізації ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію. Це пов'язано з тим, що

переконання й внутрішні цінності – найсильніші стимули до конструктивної стратегії поведінки, спрямованої на виздоровлення [77]. Формування в дітей, хворих на епілепсію, переконання, що здоров'я є найвищою цінністю для людини, вже на початку реалізації програми оптимізації ВКЗ сприятиме її ефективності. Оптимізацію ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ здійснюють завдяки розвитку у дітей мотивів оздоровлення, лікування, ведення здорового способу життя; зміцнення прагнення бути здоровим і водночас приймати обмеження через хворобу.

Заняття, присвячені оптимізації когнітивного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, містять оцінку інтелектуального потенціалу й реалістичності сприйняття дійсності (уявлення про стан здоров'я на конкретний момент часу), надання інформації щодо особливостей захворювання та вправи, спрямовані на усвідомлення отриманої інформації, її інтеграцію у ВКЗ. Завдяки цим заняттям діти краще розуміють складності захворювання, вплив соціально-психологічних чинників на здоров'я.

Психологічний портрет дитини, хворої на епілепсію, тісно пов'язаний з особливостями емоційного компонента її ВКЗ, оскільки цей компонент визначає способи переживання життєвих ситуацій. Оптимізація емоційного компонента ВКЗ дозволить змінити ставлення до ситуації хвороби, до симптомів епілепсії. Завдання, присвячені цьому компонентові, сприяють налагодженню емоційних зв'язків дитини з її сім'єю, лікарями, психологом та іншими важливими людьми в її житті.

Емоційний компонент ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, відповідає за прихильність до лікування, що виявляється в довірі до системи лікування, до лікаря. Виконання лікарських настанов забезпечує ефективність лікування, а негативні емоції порушують зв'язок між лікарем і пацієнтом і можуть негативно вплинути на здоров'я дитини [77].

Заняття, присвячені роботі з поведінковим компонентом ВКЗ, пов'язані з актуалізацією діяльності дитини, хворої на епілепсію, зі збереження здоров'я.

На цих заняттях діти поглиблюють навички й уміння, спрямовані на збереження й підтримку свого здоров'я. Завдяки усвідомленню своїх сильних якостей і розкритті внутрішніх ресурсів, учасники програми створюють власні стратегії поведінки, які сприяють зміцненню їхнього здоров'я.

Використання в програмі корекційно-розвивальних вправ дає можливість об'єктивізувати психотравмувальні ситуації й причини емоційного дискомфорту, а також активізувати роль кожного учасника. Внаслідок дії механізмів наслідування, ідентифікації, катарсису, в груповій роботі діти, хворі на епілепсію, вчаться не лише на власному досвіді, але й на досвіді інших.

Беручи участь у груповій роботі, кожна дитина, хвора на епілепсію, є джерелом інформації та емоційної підтримки для інших учасників, а також отримує нову інформацію стосовно себе. Таким чином, група полегшує, активізує, стимулює процеси пізнання, розвитку чи корекції психічних явищ, що забезпечується завдяки синергетичному ефектові взаємодії учасників групи [88].

За бажанням учасників програми психолог проводить індивідуальні консультації, що дає можливість нівелювати недоліки групової роботи, як-от недостатня глибина опрацювання особистісних проблем, обмежене саморозкриття тощо.

На ефективність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, впливає:

1) реабілітаційний потенціал – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, а також чинників соціального середовища, що дозволяють реалізувати її потенційні можливості до реабілітації (Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 N 561);

2) вікові й статеві відмінності досліджуваних;

3) мотивація участі в програмі;

4) особистісні якості, їх індивідуально-психологічні особливості.

Складність і своєрідність ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, вимагає дотримання основних принципів психологічної допомоги. Це принцип індивідуального підходу до ВКЗ дитини з урахуванням чинників її формування: біологічного, індивідуально-типологічного, психологічного, соціального й принцип комплексного підходу із залученням до психологічної допомоги батьків, соціальних і медичних працівників, педагогів.

Для реалізації дослідження ефективності програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, оптимальним буде використання квазіекспериментального дослідження, *яке вирішує практичні завдання в конкретних випадках.*

Квазіексперимент є методом дослідження, який спрямований на встановлення каузальних зв'язків, але відмінний від експерименту зниженим рівнем вимог до процедури відбору досліджуваних або недостатнім контролем за незалежними й побічними змінними. Водночас джерела артефактів (зовнішні змінні, які неможливо повністю контролювати) усвідомлюються. Як зазначає В. Н. Дружинін, квазіексперимент є своєрідним компромісом між реальністю й «строгістю» методологічних приписів [38]. Вибір такої стратегії зумовлений:

1. Включеністю програми в діяльність Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні, а тому, час перебування в лікувальному закладі й визначатиме участь дитини в програмі.
2. Відмінністю кожної життєвої історії хворої дитини та, як наслідок, неможливістю підібрати еквівалентного досліджуваного в контрольну групу.
3. Квазіекспериментальне дослідження вирішує конкретні практичні завдання, які визначають для кожної дитини.

Контрольною групою є вибірка, яка братиме участь у експерименті. Залежною змінною дослідження є компоненти ВКЗ, незалежною – програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію.

Додатковими ключовими змінними є вік досліджуваних, особливості хвороби, перебування в лікувальному закладі.

Пост-діагностичний етап результатів впливу програми містив такі методи: цілеспрямоване спостереження, напівструктуроване інтерв'ю та бесіда, а також комплекс стандартизованих і проєктивних методик. Для дослідження ефективності корекційно-розвивальної програми ми застосували методики:

1. Авторський опитувальник для дітей і підлітків «Діагностика ВКЗ».
2. Опитувальник для самооцінки тривожності (Ч. Спілбергера, Ю. Л. Ханін).
3. Проєктивна методика «Вибір цінностей і пріоритетів».
4. Проєктивна методика «Асоціації».
5. Складання розповіді «Моє здоров'я».

Після проведених занять учасники програми оптимізації ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, проходили підсумкове інтерв'ю, що складалося з системи запитань, які повною мірою відображають компоненти ВКЗ. Ці запитання дали змогу кожній дитині ще раз осмислити сукупність отриманих знань та умінь, мисленнєво переорганізувати знання відповідно до своєї життєвої ситуації, озвучити прийняті рішення [84].

3.3. Методика реалізації програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Необхідним завданням для ефективного комплексного лікування дітей, хворих на епілепсію, є покращення якості життя їхніх сімей. Епілепсія, як одне з найбільш стигматизувальних захворювань, чинить негативний вплив на всі сфери життя дитини: здобуття освіти, взаємодію з іншими людьми, й у майбутньому працевлаштування, рівень соціального функціонування та створення сім'ї, тобто на якість життя загалом [22, с. 47].

За результатом емпіричного дослідження динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, ми встановили необхідність оптимізації всіх компонентів ВКЗ на різних вікових етапах.

Діти, які хворіють на епілепсію, повинні адекватно оцінювати неприємні події й факти, пов'язані з хворобою, підтримувати свій власний позитивний образ, зберігати виважені стосунки з іншими людьми. Це можливо за умов, якщо особистість отримує й засвоює необхідну інформацію про здоров'я та хворобу; шукає і знаходить пораду й емоційну підтримку в спеціалістів, родичів, людей, які мають таку саму хворобу (групи взаємодопомоги); набуває навичок самообслуговування й таким чином уникає надмірної залежності, ставить перед собою нові цілі та намагається поетапно їх досягнути [102, с. 195].

Метою програми є психологічна реабілітація дітей, хворих на епілепсію, методом інтерактивного навчання. Для покращення реабілітації дітей, хворих на епілепсію, ми створили корекційно-розвивальну програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, а також розробили інтерактивні заняття для батьків.

Завдання програми:

1. Комплексна підтримка та психологічний супровід сімей, які виховують дітей, хворих на епілепсію.
2. Підвищення інформованості про особливості епілепсії.
3. Покращення розуміння впливу епілепсії на життєдіяльність дітей і матерів для зменшення й запобігання цих наслідків.
4. Розширення ресурсів і можливостей, необхідних для покращення доступу до соціальних послуг для сімей, які виховують дітей, хворих на епілепсію; покращення якості їхнього життя.
5. Формування в дітей в їхніх матерів навиків і вмінь подолання труднощів, пов'язаних із хворобою; підтримка зусиль, спрямованих на покращення ВКЗ, і мотивації до активної участі в програмах.

6. Пропаганда здорового способу життя, підвищення комплаєнтності пацієнтів.

Програма розроблена з урахуванням особливостей динаміки ВКЗ, психологічного портрету дитини, хворої на епілепсію, й мікросоціальних умов її розвитку. Вона ґрунтується на цілісному системному підході до вивчення людини й біопсихосоціальній моделі здоров'я й хвороби. Основними принципами, які застосовуються у програмі, є мультидисциплінарність та індивідуальність, коли заходи реабілітації базуються на комплексному, командному та індивідуальному підходах [83].

Реалізація корекційно-розвивальної програми на кожному віковому етапі розвитку дитини не може бути повноцінною без урахування важливості роботи психолога з батьками.

До **цільової групи** програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, належать:

- 1) діти, хворі на епілепсію, віком від 7 до 18 років;
- 2) батьки/близьке оточення дітей, хворих на епілепсію.

Структура програми містить 4 заняття для кожної групи дітей, поділених за віком, та інтерактивні заняття для батьків/близького оточення дитини. Обрана нами форма роботи дозволяє перебувати в режимі бесіди, діалогу між психологом і учасниками.

Заходи, спрямовані на допомогу дітям, хворим на епілепсію, здійснює поетапно й містять три блоки, що відповідають віку дітей:

- 1-й блок для дітей молодшого шкільного віку (7-10 років);
- 2-й блок для підлітків (11-14 років);
- 3-й блок для осіб періоду ранньої юності (15-17 років).

Організація корекційно-розвивальної роботи з дітьми:

1. Форма проведення – групова й індивідуальна за запитом.
2. Загальна кількість занять – 12.

3. Тривалість занять: молодший шкільний вік – 30-35 хв; підлітковий вік – 40-45 хв; рання юність – 45-55 хв.
4. Частота проведення занять – двічі на тиждень.

Кожне заняття з групою дітей відповідає оптимізації окремої компоненти ВКЗ. Заняття є циклічними, групи відкритими, кожен учасник може приєднатися до групи в процесі її діяльності, не втрачаючи логіки навчання.

Методи й форми роботи з дітьми:

1. Вправи на розвиток пізнавальної сфери.
2. Вправи на розвиток емоційно-вольової сфери.
3. Комунікативні й рухливі ігри.
4. Релаксаційні вправи.

Програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, містить розроблені нами вправи й вправи інших авторів, модифіковані відповідно до мети конкретного заняття, з урахуванням результатів емпіричного дослідження.

Інтерактивні заняття з батьками/близьким оточенням дітей, хворих на епілепсію, поділені на три блоки (Додаток Б.2):

- 1) оптимізація взаємодії батьків із медичним персоналом;
- 2) оптимізація взаємодії батьків із дитиною;
- 3) оптимізація взаємодії батьків із близькими людьми.

Організація інтерактивних занять із батьками:

1. Форма проведення – групова й індивідуальна за запитом.
2. Загальна кількість занять – 3.
3. Тривалість занять – 45-60 хв.
4. Частота проведення занять – один раз на тиждень.

Очікувані результати:

Програма сприяє розширенню можливостей і незалежності для дітей, хворих на епілепсію, завдяки формуванню в них упевненості в собі через підтримку близького соціального оточення. Внаслідок участі в програмі

оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, відбувається зміцнення соціальної позиції особистості дитини в сім'ї й у колективі однолітків, зростання емоційної стійкості й саморегуляції.

Зміст занять

Блок I

Заняття 1

Мета: оптимізація ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.2.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Знайомство»	- створення позитивного емоційного клімату в групі; - зниження тривоги; - відкриття позитивних моментів.
2	Вправа «Мішок щастя»	- формування в учасників усвідомлення життєвих цінностей як основи бачення власної життєвої перспективи; - відкриття цілісного бачення життя.
3	Вправа «Космічний корабель» [98, с. 52]	- формування відповідальності за своє здоров'я; - усвідомлення власної значущості для прийняття життєво важливих рішень; - розвиток самостійності.
4	Вправа «Що таке відповідальність» [19];[42]; [73]	- покращення усвідомлення цінності свого здоров'я й прийняття особистої відповідальності за нього.
5	Вправа «Підсумки»	- нове усвідомлення й розуміння цінності здоров'я; - розвиток мотивації до ЗСЖ

Заняття 2

Мета: оптимізація когнітивного компонента ВКЗ дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.3.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Я цікавий тим, що...»	- організація учасників до роботи; - створення дружніх взаємин у групі; - розвиток навичок самопізнання й самопрезентації.
2	Вправа «Пантоміма»	- розширення спектру знань про здоров'я; - удосконалити знання про способи підтримки та покращення здоров'я;

3	Вправа «Камінці»[98, с. 61]	- самопізнання, усвідомлення дій, які шкодять здоров'ю; - поглиблення знань про особливості епілепсії.
4	Вправа «Я не хочу бути...»	- зменшення використання частки «не»; - розвиток уміння правильно програмувати своє майбутнє.
5	Вправа «Теплий дощ» [37, с.137]	- забезпечення позитивного зворотнього зв'язку між учасниками групи; - усвідомлення учасниками індивідуальних досягнень.

Заняття 3

Мета: оптимізація емоційного компонента ВКЗ дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.4.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Сигнал»	- налаштування учасників на увагу одне до одного; - створення дружніх взаємин у групі.
2	Вправа «Емоції в нашому житті»	- усвідомлення значення емоцій для здоров'я; - зміна емоційного ставлення до ситуації хвороби й симптомів епілепсії.
3	Вправа «Колір мого настрою»	- розвиток емоційної самосвідомості; - удосконалення вміння аналізувати свій настрій.
4	Вправа «Впізнай емоцію»	- поглиблення розуміння впливу емоцій на здоров'я; - удосконалення вміння диференціювати емоції; - визначення залежності емоційного стану від особливостей хвороби.
5	Вправа «Порада»	- засвоєння навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я.
6	Вправа «Портрет сміливої людини»	- зниження рівня тривожності й емоційної залежності від батьків; - усвідомлення власного ідеалу сміливої людини й сприяння тому, щоб він був реальним і досяжним; - створення реальних кроків для задоволення реальних потреб.
7	Вправа «Побажання»	- закріплення отриманих на занятті знань і навичок; - відкриття позитивних моментів.

Заняття 4

Мета: оптимізація поведінкового компонента ВКЗ дітей молодшого шкільного віку, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.5.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Привітайся, але не повторися»	- створення дружньої, доброзичливої атмосфери в групі; - налаштування учасників на позитивний настрій.
2	Вправа «Чистий аркуш»	- формування уявлення про незворотність наслідків дій стосовно здоров'я; - формування активної позиції щодо лікування.
3	Вправа «Яка поведінка сприяє здоров'ю, а яка не сприяє?»	- розвиток уявлення про наслідки власної поведінки для здоров'я; - формування установки про значення власних дій для збереження й зміцнення здоров'я.
4	Вправа «Все в твоїх руках»	- розвиток відповідальності за своє здоров'я; - усвідомлення відповідальності в прийнятті життєвоважливих рішень.
5	Вправа «Багаж у дорогу»	- пошук і усвідомлення свої сильних якостей; - розкриття внутрішніх ресурсів учасників.

Блок II

Заняття 1

Мета: оптимізація ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ підлітків, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.6.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Тік-так»	- створення сприятливих умов для знайомства учасників; - формування атмосфери довіри, доброзичливості, позитивного ставлення до інших людей.
2	Вправа «Цінність здоров'я»	- формування в учасників усвідомлення цінності власного здоров'я як нематеріального блага; - зміцнення прагнення бути здоровим і водночас прийняття обмеження через епілепсію.
3	Вправа «Циферблат життя»	- вміння виділяти життєві цілі й мотиви збереження здоров'я; - формування мотивації до ЗСЖ, лікування, оздоровлення.
4	Вправа «Вибір цінностей»	- покращення усвідомлення власної системи

		цінностей; - розширення життєвих перспектив, знаходження нових життєвих цілей.
5	Вправа «Висловлення подяки»	- висловлення дружніх почуття й вдячності одне одному - відкриття позитивних моментів.

Заняття 2

Мета: оптимізація когнітивного компонента ВКЗ підлітків, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.7.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Настрій» [37, с. 137]	- емоційне налаштування учасників на спільну роботу в групі; - створення дружніх взаємин.
2	Вправа «Запитання – відповідь»	- підвищення рівня поінформованості й компетентності у сфері здоров'я та особливостях епілепсії.
3	Вправа «Колаж»	- формування хорошого соціально-психологічного клімату за допомогою співробітництва всередині команд; - покращення знання про чинники, які впливають на здоров'я.
4	Вправа «Життєвоважливі рішення»	- усвідомлення й осмислення життєвоважливих рішень, які впливають на здоров'я; - розвиток уміння виділити успішні стратегії покращення здоров'я.
5	Вправа «Визнання заслуг»	- рефлексія учасниками індивідуальної роботи й діяльності групи загалом; - усвідомлення й осмислення ортиманого на занятті досвіду.

Заняття 3

Мета: оптимізація емоційного компонента ВКЗ підлітків, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.8.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Побажання» [37 с.135]	- створення позитивного емоційного клімату в групі; - налаштування учасників на ситуацію «тут і тепер»; - активізація учасників до корекційно-розвивальної роботи.

2	Вправа «Я і мої емоції»	- розвиток емоційної самосвідомості; - покращення емоційного реагування на своє здоров'я та хворобу.
3	Вправа «Фантом»	- розвиток уміння спостерігати за своїми емоційними станами й визначати їхні детермінанти; - підсилення стимулу до реальної оцінки ситуації хвороби й пошуку істинних причин погіршення здоров'я.
4	Вправа «Передай емоцію»	- розвиток здатності розпізнавати емоції; - зниження рівня тривожності, покращення самопочуття.
5	Вправа «Вчинок, за який мені соромно»	- виявлення моментів і умов виникнення неприємних емоцій; - покращення саморозуміння й самопізнання; - розвиток самоповаги; - розвиток здатності приймати емоційну підтримку інших людей.
6	Вправа «Компліменти»	- здійснення позитивного зворотнього зв'язку між учасниками групи; - усвідомлення власних позитивних якостей.

Заняття 4

Мета: оптимізація поведінкового компонента ВКЗ підлітків, хворих на епілепсію.

Таблиця 3.9.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Не хочу хвалитися, але я»	- розвиток здатності до самопрезентації; - позитивне налаштування на роботу.
2	Вправа «Скріпка»	- наочне ілюстрування незворотності змін у разі порушення здоров'я; - спрямовування на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я.
3	Вправа «Кошик для сміття»	- самопізнання; - усвідомлення й осмислення негативних для здоров'я звичок.
4	Вправа «Колесо здоров'я»	- спрямування учасників на здоровий спосіб життя; - пошук й усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я.
5	Вправа «Зміна перспектив» [37, с. 144]	- усвідомлення стимулів для саморозвитку; - розширення сфер діяльності.

Блок III

Заняття 1

Мета: оптимізація ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ хворих на епілепсію в період ранньої юності.

Таблиця 3.10.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Реклама»	- знайомство учасників один з одним; - створення дружньої атмосфери й умов для ефективної роботи; - з'ясування тем, що об'єднують учасників.
2	Вправа «Здатність мотивувати»	- розвиток мотивів оздоровлення, лікування, ведення здорового способу життя; - усвідомлення обмежень через хворобу.
3	Вправа «Щастя чи здоров'я»	- розвиток усвідомлення значення й цінності здоров'я в житті людини; - покращення розуміння власної системи цінностей.
4	Вправа «Шкала цінностей»	- визначення місця здоров'я в системі ціннісних орієнтацій і суб'єктивне співвідношення його цінності/доступності.
5	Вправа «Чарівний магазин»	- усвідомлення значущих цінностей у своєму житті; - підвищення рівня внутрішньої мотивації до здорового стилю життя.
6	Вправа «Лист» [37 с. 143]	- підсумування учасниками досвіду, отриманого на занятті; - визначення найбільш важливих елементів здобутого досвіду.

Заняття 2

Мета: оптимізація когнітивного компонента ВКЗ хворих на епілепсію в період ранньої юності

Таблиця 3.11.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Побажання друга»	- розвиток уявлень про про стан здоров'я на конкретний момент часу; - визначення власних цілей, пов'язаних із зміцненням здоров'ям.

2	Вправа «Як ви розумієте»	- удосконалення знань про здоров'я; - інтеграція інформації про здоров'я у ВКЗ.
3	Вправа «Міфи і факти»	- поглиблення знання учасників про особливості епілепсії; - формування довіри до лікування, до комплексу лікувальних засобів (ліків зокрема).
4	Вправа «Де шукати підтримку»	- розширення ресурсів; - визначення джерел отримання достовірної інформації про здоров'я й хворобу; - формування успішних стратегій покращення здоров'я.
5	Вправа «Дерево підсумків»	- рефлексія; - усвідомлення стимулів для саморозвитку.

Заняття 3

Мета: оптимізація емоційного компонента ВКЗ хворих на епілепсію в період ранньої юності.

Таблиця 3.12.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Вплив емоцій на здоров'я»	- вміння спостерігати за своїм внутрішнім станом; - усвідомлення впливу емоцій на здоров'я.
2	Вправа «Намалюй за хвилину»	- емоційна рефлексія; - удосконалення здатності аналізувати свій настрій; - вміння чіткіше диференціювати власні почуття й можливості їх вираження.
3	Вправа «Інопланетянин»	- зменшення рівня тривожності; - осмислення ставлення до ситуації хвороби, до симптомів епілепсії.
4	Вправа «Впевнена в собі людина»	- розвиток емоційної самосвідомості; - формування власних успішних стратегій розвитку впевненості.
5	Вправа «Оплески»	- емоційна підтримка; - усвідомлення й осмислення отриманого на занятті досвіду.

Заняття 4

Мета: оптимізація поведінкового компонента ВКЗ хворих на епілепсію в період ранньої юності.

Таблиця 3.13.

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Корисна для здоров'я звичка»	- створення дружньої, доброзичливої атмосфери й налаштування на тему заняття; - виявлення позитивних якостей, що створюють можливість для зміцнення здоров'я; - пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я.
2	Вправа «Шлях до здоров'я» [101]	- підсилення відчуття спрямованості й безперервності життя; - збільшення спонуки до самостійного пошуку нових шляхів самодопомоги й поширення їх на різні сфери життя.
3	Вправа «Рекомендації лікаря»	- покращення мотивації виконувати лікарські призначення; - розвиток розуміння наслідків власної поведінки для здоров'я.
4	Вправа «Що мені хочеться зробити» [101]	- уточнення власних життєвих цілей і бажань; - ініціювання альтернативних можливостей покращення здоров'я.
5	Вправа «Я вдячний тому, що...» [37]	- рефлексія; - узгодження набутого в терапії досвіду з реальним життям; - усвідомлення застосування набутого на занятті досвіду в майбутньому.

3.3. Результативність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію

Ефективність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, що описана вище, засвідчують результати її впровадження в практичну діяльність. Після проходження програми ми отримали показники особливостей ВКЗ і порівняли їх із показниками емпіричного дослідження, представленого в Розділі 2. Варто зауважити, що ефективність програми залежить від індивідуальних особливостей дітей і мотивації їхньої участі в програмі.

Аналізуючи результати дітей, які взяли участь у програмі, ми простежуємо тенденцію до зростання в усіх вікових групах показників

«суб'єктивної цінності здоров'я», «особистої відповідальності за здоров'я» й «мотивації лікування й ведення здорового способу життя», які відображають **ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ** (рис. 3.1).

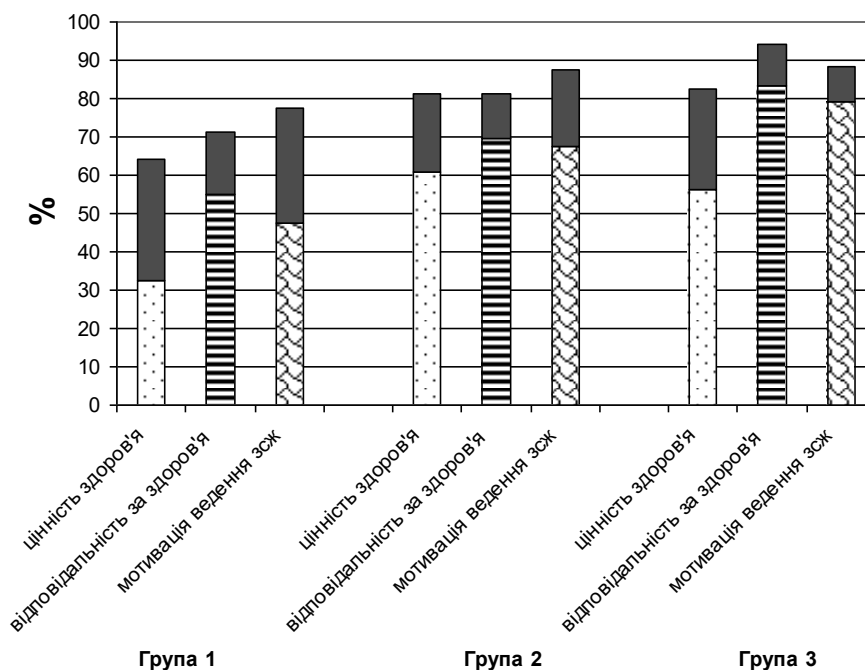


Рис. 3.1. Вікова динаміка показників ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, за результатами постекспериментального опитування

Примітка:* Група 1 – діти, хворі на епілепсію, молодшого шкільного віку; Група 2 – діти, хворі на епілепсію, підліткового віку; Група 3 – діти, хворі на епілепсію, періоду ранньої юності

Найбільші позитивні зміни зростання суб'єктивної цінності здоров'я ми спостерігали в групі *молодших школярів*. Якщо спочатку цей показник становив у них 32,5 %, то на етапі пост-емпіричного дослідження ми отримали 64, 29%.

Усвідомлення цінності здоров'я як основи бачення власної життєвої перспективи є надзвичайно актуальним за наявності хронічного захворювання. Розуміючи обмеження, які накладає епілепсія на життєдіяльність, хворі схильні створювати ескіз свого майбутнього, знецінюючи власні цілі й прагнення.

Після участі в програмі, більшість респондентів молодшого шкільного віку, через прийняття й залучення здоров'я до власної системи цінностей, змогли сформулювати головні життєві цілі.

Формування в молодших школярів активної позиції стосовно збереження й зміцнення свого здоров'я відображене на збільшенні показника відповідальності за здоров'я. Отримані результати можна пояснити розумінням дітьми ролі інших значущих дорослих у їхньому житті.

Вікова динаміка розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту в дітей, хворих на епілепсію, приводить до зміни способів мислення й поведінки стосовно здоров'я. З дорослішанням дітей, здоров'я починає займати визначне місце в системі їхніх цінностей. Це підтвердили результати нашого емпіричного дослідження, які показали, що більшість *підлітків*, хворих на епілепсію, вважають здоров'я однією з найбільших життєвих цінностей. Проте, порівняно з іншими групами досліджуваних, вони більшою мірою пов'язували здоров'я з матеріальним достатком. Після участі в програмі 81,25% підлітків вказали про усвідомлення цінності власного здоров'я як нематеріального блага.

Завдяки засвоєнню респондентами навичок прийняття рішень, розвиткові впевненості, активності й незалежності, показник відповідального ставлення до здоров'я в дітей підліткового віку збільшився на 11,68%. Більшість підлітків зазначили, що разом із розумінням і прийняттям особистої відповідальності за своє здоров'я вони усвідомлюють власну значущість у прийнятті життєвоважливих рішень.

Варто зазначити, що батьки, близькі родичі й медичний персонал, на яких діти, хворі на епілепсію, найчастіше покладали відповідальність за своє здоров'я, залишаються для них референтними особами.

Респонденти *періоду ранньої юності* зазначили позитивні тенденції зміни очікувань, наявність установки на самореалізацію, зростання в них цілеспрямованості.

Зростання мотивації лікування й ведення здорового способу життя в ранній юності свідчить про більш глибоке осмислення дітьми, хворими на епілепсію, своєї системи цінностей і визнання цінності здоров'я як пріоритетної. Серед мотивів, які найчастіше вказували респонденти найстаршої групи, переважають мотиви збереження здоров'я й ті, які спонукають про нього дбати.

Завдяки розширенню життєвих перспектив, діти, які взяли участь у програмі, зазначили важливість виконання лікарських призначень і дотримання здорового способу життя для досягнення своїх цілей.

Отримані результати програми показують, що з віком у респондентів зростає потреба бути здоровими й готовність до здійснення діяльності на благо своєму здоров'ю.

Підвищення таких показників, як «знання про здоров'я», «знання про хворобу (епілепсію)», «знання про детермінанти здоров'я», свідчить про розширення спектру знань щодо причин виникнення захворювання, специфіки лікування, перспектив лікування, тобто оптимізацію раціонального боку ВКЗ – **когнітивного компонента** (рис 3.2.).

Результати участі дітей, хворих на епілепсію, в програмі свідчать, що в основної частини досліджуваних *молодшого шкільного віку* удосконалився спектр знань щодо здоров'я й хвороби.

Передумовою ефективного засвоєння інформації молодшими школярами є формуванням логічного мислення в цьому віковому періоді. Логічне мислення сприяє розвитку в дітей усвідомлення своїх фізичних та психічних можливостей, покращенню розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності.

Усвідомлене та емоційно-оцінне ставлення до свого здоров'я в молодших школярів формується у процесі взаємодії з найближчим соціальним оточення, важливе місце серед якого належить учителям.

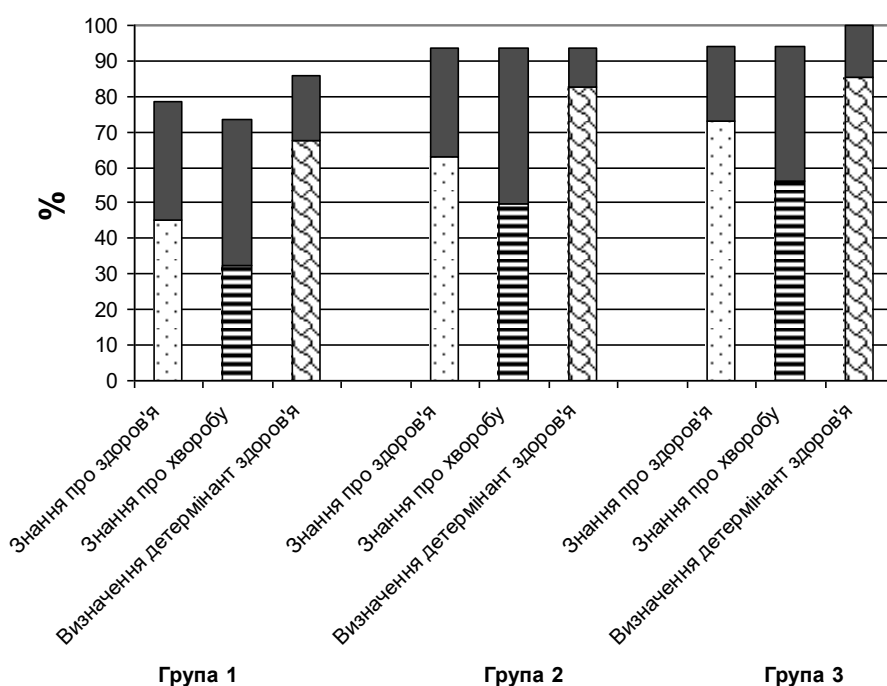


Рис. 3.2. Вікова динаміка показників когнітивного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, за результатами постекспериментального опитування

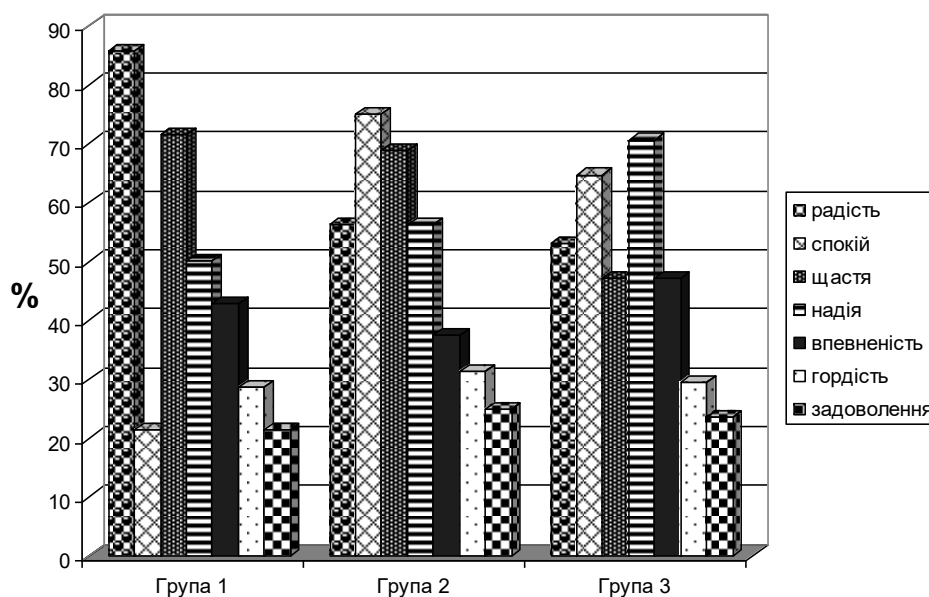
У підлітковий період відбувається когнітивна перебудова, яку виявляє уякісних змінах розвитку мислення. Діти стають зацікавлені в об'єктивному знанні про своє здоров'я, тому питання підтримки та його зміцнення довіряють медичним працівникам.

Завдяки розширенню спектра знань щодо джерел отримання достовірної інформації про здоров'я й самопізнанню учасникам вдалося переосмислити роль значущих осіб у формуванні власної концепції здоров'я.

На основі власного досвіду, інформації, отриманої від інших людей і від ЗМІ, респонденти *найстаршої групи* виробили свої концепції здоров'я, які включають уявлення про спрямоване до здоров'я майбутнє. Участь у програмі допомогла їм розвинути вміння виділити успішні стратегії збереження й зміцнення здоров'я через підвищення психологічних й емоційних ресурсів.

З віком діти, хворі на епілепсію, поглиблюють знання про здоров'я та хворобу; покращують уміння визначати значущі чинники, які впливають на ВКЗ; удосконалюють уявлення про способи підтримки й покращення здоров'я.

Аналізуючи зміну показника емоцій, пов'язаних із здоров'ям, представлених у **емоційному компоненті ВКЗ**, ми отримали більш диференційовані відповіді. Разом із емоціями, які вказували діти до участі в програмі, після її проведення вони виділяли різноманітніший спектри своїх переживань. На етапі постемпіричного дослідження респонденти частіше вказували на відчуття в ситуації здоров'я впевненості, гордості, надії та віри (рис. 3.3.).



Рису. 3.3. Вікова динаміка показників емоційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, за результатами постекспериментального опитування

Молодий шкільний вік характеризується тісним емоційним зв'язком дітей з батьками. Завдяки особистому зацікавленню, усвідомленню потреб і мотивації участі в програмі як дітей, так і їхніх матерів, психологічна реабілітація сприяла створенню атмосфери любові й підтримки в сім'ї, їх взаєморозумінню й оптимізації взаємодії.

На думку більшості респондентів *підліткового віку*, зниження рівня тривожності та покращення емоційного стану допомогло їм ефективно взаємодіти з навколишнім середовищем. Підлітки, для яких важлива думка інших людей, вказали, що вони стали менш чутливими до критики.

Оскільки перехід до *юнацького віку* характеризується розвитком самопізнання, яке втрачає свою емоційну напруженість, і спрямованістю особистості на майбутнє, емоційні переживання респондентів найстаршої групи були більш диференційованими й зумовлені позитивними очікуваннями.

Покращенню самопочуття в дітей також сприяли засвоєння ними навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я.

Інтерактивні заняття сприяли переживанню дітьми, хворими на епілепсію, здорового самопочуття. У результаті участі в програмі вони розвинули емоційну самосвідомість та удосконалили здатність аналізувати свій настрій.

Результати учасників програми оптимізації ВКЗ показали, що в них покращився емоційний фон, відновилися емоційні стосунки з рідними, збільшилася надія, що позитивно вплинуло на їхню мотивацію лікування.

Про ефективність програми через формування в респондентів успішних стратегій розвитку впевненості та оптимізацію емоційного реагування на своє здоров'я свідчить зниження рівня особистісної й ситуативної тривожності в усіх вікових групах (рис 3.4).

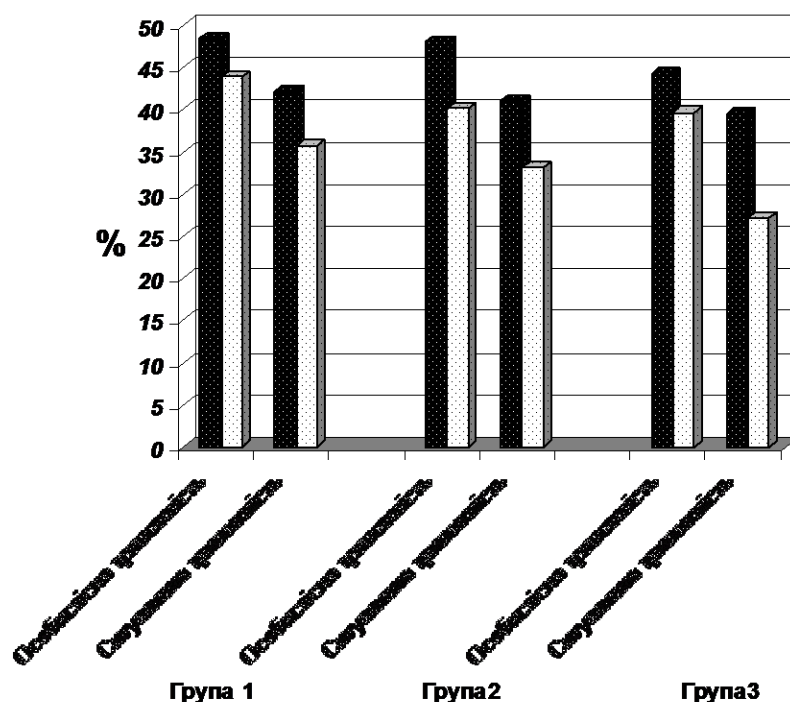


Рис. 3.4. Вікова динаміка показників особистісної й ситуативної тривожності дітей, хворих на епілепсію, за результатами постекспериментального опитування

Збільшення показників «ведення здорового способу життя», «виконання лікувально-профілактичних процедур», «відмова від поганих звичок» вказують на оптимізацію **поведінкового компонента ВКЗ** дітей, хворих на епілепсію (рис 3.5).

Завдяки усвідомленню учасниками програми своїх сильних якостей і розкриттю внутрішніх ресурсів, вони навчилися спрямовувати свої дії на здоровий спосіб життя. Самозвіти респондентів і результати постемпіричного інтерв'ю вказують на прийняття ними поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я; підвищення життєвої активності й розширення сфер діяльності; формування чітких намірів щодо поведінки, спрямованої на збереження й відновлення здоров'я; пошук нових стратегій вирішення складних життєвих ситуацій.

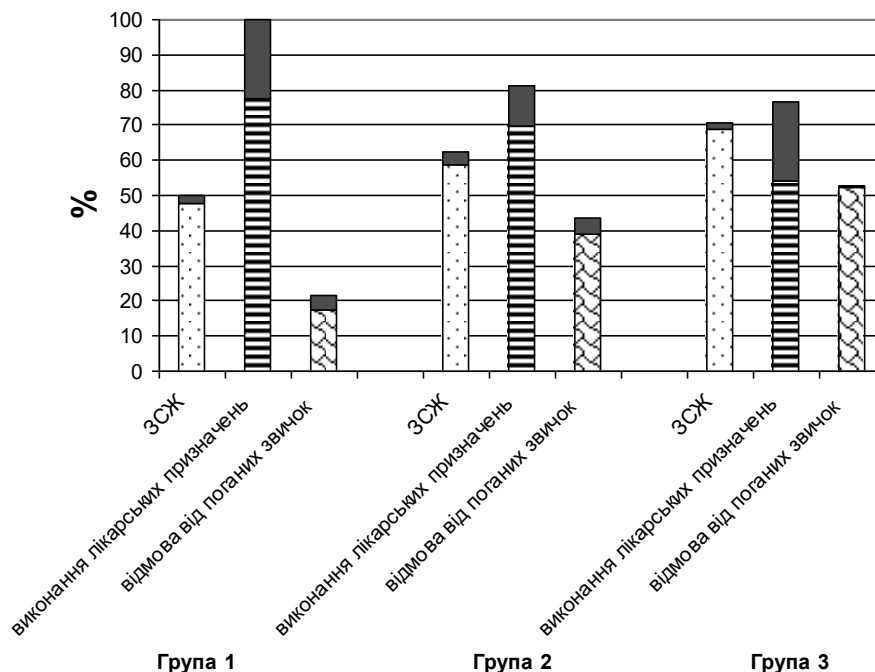


Рис. 3.5. Вікова динаміка показників поведінкового компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, за результатами постекспериментального опитування

Власна стратегія поведінки щодо збереження здоров'я, вироблена в кожного учасника програми виявляється через усвідомлене піклування про своє здоров'я, дотримання здорового способу життя, зацікавленість е інформації про здоров'я. Завдяки покращенню здатності моделювати свою діяльність і передбачати її результати, поведінка дітей, хворих на епілепсію, стала більш упорядкованою, цілеспрямованою й вольовою.

Найменш значущий вплив програми на поведінковий компонент ВКЗ, на наш погляд, пов'язаний із специфікою цього компонента. Зважаючи на те, що поведінковий компонент ВКЗ відображає конкретні дії людини, спрямовані на збереження й підтримку свого здоров'я, особистісні зміни, що відбулися в учасників, краще будуть відображені через певний період і можуть дещо

варіювати в часі після проходження програми. На отримані результати також вплинули особливості епілепсії, яка характеризується стереотипією поведінки, за якої хворим важко пристосуватися до нових обставин, нового режиму.

Аналізуючи індивідуальні результати учасників корекційно-розвивальної програми, ми встановили, що оптимізація кожного компонента ВКЗ у них змінюється нерівномірно. Це свідчить про вплив індивідуальних особливостей і запитів учасників програми на її результативність [77].

Загальна результативність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, зумовлена тим, що в процесі роботи учасники поглиблюють розуміння себе, своїх емоцій, поведінки й чинників, які впливають на здоров'я; підвищують самооцінку й у них зростаю мотивація до ведення здорового способу життя; розширюють і уточнюють знання про здоров'я; конкретизуються життєві цілі і перспективи; відбуваються позитивні зміни у світогляді з урахуванням ВКЗ і ВКХ.

Таким чином, можна стверджувати, що представлена програма сприяє оптимізації всіх компонентів ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, та є ефективною для психологічної реабілітації цієї категорії населення. Поглиблення самопізнання й саморозуміння, розширення життєвих цілей і перспектив особистості дозволяють покращити її соціалізацію й самоактуалізацію в житті. Підсумовуючи результати реалізації програми оптимізації ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, можемо констатувати наступне:

1. Системну психологічну підтримку сімей, які виховують дітей, хворих на епілепсію, здійснюють за допомогою психологічного супроводу дітей і їхніх батьків. Вона містить три етапи, що диференціюють за особливостями проходження лікування: 1) виявлення захворювання, звернення до лікаря, поставлення діагнозу; 2) лікування; 3) психологічна реабілітація, яка й стала об'єктом нашого дослідження. Застосування авторської програми на етапі психологічної реабілітації полягає в емоційній підтримці, відновленні

емоційної рівноваги; розвитку самоповаги, впевненості та ініціативності; розкритті ресурсів; мобілізації особистості до життєвої активності.

2. Програма спрямована на формування в дітей, хворих на епілепсію, та їхніх матерів навиків і вмінь подолання труднощів, пов'язаних із хворобою; підтримку зусиль, спрямованих на оптимізацію ВКЗ, і мотивації до ведення здорового способу життя; підвищення інформованості про здоров'я й хворобу; розширення ресурсів і можливостей, необхідних для поліпшення доступу до соціальних послуг для сімей, які виховують дітей, хворих на епілепсію, покращення якості їхнього життя.

Корекційно-розвивальна програма розроблена з урахуванням особливостей вікової динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, їхніх психологічних характеристик і мікросоціальних умов, які детермінують ВКЗ. Її основою є синтез цілісного системного підходу до вивчення людини й біопсихосоціальної моделі здоров'я й хвороби.

Основними принципами, які застосовуються у програмі є мультидисциплінарність та індивідуальність, згідно з якими заходи психологічної реабілітації базуються на комплексному, командному й індивідуальному підходах.

3. Ефективність програми оптимізації ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, підтверджують показники стандартизованих методик, аналіз бесід і самозвітів досліджуваних.

Програма сприяла формуванню в дітей молодшого шкільного віку активної відповідальної позиції стосовно збереження й зміцнення свого здоров'я. Завдяки засвоєнню підлітками навичок прийняття рішень, розвитку активності й незалежності, в них спостерігають позитивні тенденції зміни очікувань, наявність установки на самореалізацію, зростання цілеспрямованості. Респонденти періоду ранньої юності розвинули вміння виділяти успішні стратегії збереження й зміцнення здоров'я, які сприяють підвищенню їхньої життєвої активності й розширенню сфер діяльності.

Доведено, що результативність авторської програми залежить від індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних, рівня усвідомлення ними мети й завдань роботи, мотивації участі

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, що дало змогу дійти таких висновків:

1. Необхідною умовою досягнення благополуччя та покращення якості життя дітей, хворих на епілепсію, є вивчення суб'єктивної сторони здоров'я. Ставлення до здоров'я характеризується поняттям «внутрішня картина здоров'я» – складним динамічним утворенням у самосвідомості людини, що містить суб'єктивне уявлення людини про своє здоров'я; усвідомлення своїх біологічних ресурсів і можливостей; самооцінку здоров'я, способи його підтримання та збереження; емоційні переживання, пов'язані зі здоров'ям. Аналіз основних підходів до вивчення ВКЗ доводить, що вона формується у процесі розвитку особистості й зумовлюється психологічними особливостями кожного вікового періоду, станом здоров'я та ставленням оточення. Встановлено, що структуру ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, складають такі взаємопов'язані компоненти: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, емоційний і поведінковий.

2. Для дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, оптимальним є синтез системного підходу до вивчення людини та біопсихосоціальної моделі здоров'я й хвороби, що розглядає здоров'я як інтегральну системну властивість людини. Такий підхід дає змогу враховувати біологічні, психологічні, соціальні детермінанти ВКЗ під час емпіричного дослідження.

Стратегія емпіричного дослідження ВКЗ полягала в покроковому аналізі динаміки розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, на основі системного біопсихосоціального підходу, що виявляє особливості всіх структурних компонентів ВКЗ (ціннісно-мотиваційного, когнітивного, емоційного, поведінкового) дітей, хворих на епілепсію, в різні вікові періоди; показує закономірності вікової динаміки розвитку їхньої ВКЗ; визначає вплив

різноманітних аспектів психоемоційного стану матерів і його залежність від тривалості захворювання дітей тощо.

3. Емпіричне дослідження вікової динаміки розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, свідчить, що з плином часу збільшується диференційованість уявлень про здоров'я, зростає відповідальність, автономність та опора на особистий досвід під час вибору стратегій поведінки щодо покращення свого здоров'я. Чим старші діти, тим частіше вони прислухаються до думки лікарів, але рідше готові виконувати призначені ними лікувально-профілактичні процедури. Розчарування й утрата віри в успіх традиційного лікування епілепсії спонукає до пошуків альтернативних методів допомоги.

Встановлено, що в досліджуваних молодшого шкільного віку когнітивний компонент ВКЗ характеризується недостатніми знаннями та диференційованістю уявлень про здоров'я. Дії, спрямовані на збереження здоров'я, представлені в поведінковому компоненті, на цьому віковому етапі контролюють батьки. На формування ціннісно-мотиваційного компоненту істотний вплив має сім'я. Гіперопіка, перебільшені страхи та відсутність необхідних знань у матерів дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного віку веде до високого рівня тривожності, переважання в досліджуваних егоцентричного, іпохондричного та сенситивного типів ставлення до хвороби, що негативно впливає на емоційний компонент ВКЗ.

Ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ підлітків, хворих на епілепсію, характеризується тим, що вони розглядають здоров'я як найбільшу цінність, яка, на їхню думку, залежить від матеріального добробуту людини. У підлітків розвивається прагнення до самореалізації, виражене через волю до здоров'я. Вони поповнюють і уточнюють знання про здоров'я та особливості хвороби, відображені в когнітивному компоненті. Починаючи з підліткового віку, хворі на епілепсію наголошують, що для того, щоб бути здоровими, їм потрібно самим піклуватися про своє здоров'я. Поведінковий компонент внутрішньої

картини здоров'я підлітків, хворих на епілепсію, пов'язаний із їхньою активною позицією стосовно одужання. Зміни періоду статевого дозрівання позначаються на емоційному компоненті й у поведінці за типом «дратівливої слабкості», тому підлітки схильні вбачати причини погіршення здоров'я у зовнішніх чинниках, що проявляється в неврастенічному чи паранояльному типах ставлення до хвороби.

Високі показники розвитку когнітивного компонента ВКЗ у досліджуваних періоду ранньої юності пояснюються їхніми чіткішими уявленнями про причини й ознаки погіршення здоров'я. Розуміння необхідності особистої активності для збереження свого здоров'я виявляється в кращому, порівняно з молодшими дітьми, показникові прийняття відповідальності за своє здоров'я. Вони усвідомлюють і відкрито повідомляють про свої дії, які шкодять здоров'ю, але не прагнуть їх виправити, що вказує на потребу оптимізації ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ. Незважаючи на те, що в період ранньої юності епілептики мають більше досвіду та володіють кращими знаннями про особливості перебігу хвороби, в ставленні до лікування й підтриманні свого здоров'я, представленому в поведінковому компоненті ВКЗ, вони виявляють менший інтерес. Розбіжності їхніх поглядів з думками інших людей призводять до негативних змін показників емоційного компонента ВКЗ, результатом яких є ейфорійний чи апатичний типи ставлення до хвороби.

Клінічний перебіг захворювання, дезінформованість, негативні реакції з боку близьких призводять до виникнення довготривалого стресу, високого рівня тривожності, системного погіршення настрою, зниження активності матері; погіршують якість життя всіх членів сім'ї, що серйозно позначається на комплаєнсі та реабілітаційному процесі в цілому.

Комплексну допомогу дітям, хворим на епілепсію, потрібно здійснювати за участю як спеціалістів у галузі медицини та психології, так і найближчого оточення дитини, насамперед матерів. Від психоемоційного стану матері

залежить довіра до лікування, позитивне налаштування до інтервенцій, спрямованих на збереження й оптимізацію життя дитини з епілепсією.

4. Емпіричне дослідження довело необхідність розроблення й впровадження корекційно-розвивальної програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, з урахуванням їхніх вікових особливостей. Ідея авторської програми полягає у використанні системного підходу до вивчення людини, що передбачає співпрацю психолога не тільки з дитиною, хворою на епілепсію, а й із її близькими, причому точкою перетину їхньої співпраці є ВКЗ дитини.

Після проходження програми в учасників усіх вікових груп було зазначено підвищення самооцінки та мотивації до ведення здорового способу життя, розширення та уточнення життєвих цілей і перспектив, які характеризують ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ; краще розуміння себе, своїх емоцій і переживань, пов'язаних зі здоров'ям і представлених у емоційному компоненті ВКЗ; поглиблення знань про здоров'я, зміну світоглядного сенсу здоров'я й хвороби, що відображено в когнітивному компоненті; вони розвинули вміння визначати успішні стратегії збереження та зміцнення здоров'я, які сприяють підвищенню їхньої життєвої активності, розширюють сфери діяльності й оптимізують поведінковий компонент ВКЗ.

Подальшу перспективу досліджень убачаємо в поглибленні дослідження чинників розвитку ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, та створенні програми психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з епілепсією, на всіх етапах лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова, Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: учебное пособие. Москва, 1998. 272с.
2. Авиценна (Абу Али ибн Сина). Канон врачебной науки. Ташкент, 1954. Кн. 1. 549 с.
3. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. Санкт-Петербург, 1998. 148 с.
4. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. Санкт-Петербург, 2006. 384 с.
5. Ананьев В. А. Психология здоровья новая отрасль человекознания. *Психология: итоги и перспективы*. Санкт-Петербург, 1996. С. 126 — 132.
6. Андреева А. Д. Психологическая поддержка в семье. *Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы* / под ред. И.В. Дубровиной. Екатеринбург, 2000. С. 128–135.
7. Бек А., Раш А., Шо Б., Емері Г. Когнітивна терапія депресії. Санкт-Петербург, 2003. 304 с.
8. Березовская Р. А. Отношение менеджеров к здоров'ю. *Вестник Сант-Петербур. ун-та*. 1999. Сер. 6. Вып. 3 (№ 13). С. 61–70.
9. Бернштейн Я.В. Epilepsia simplex. Структура и динамика так называемого характера. *Советская психоневрология*. 1935. №3. С. 30– 36.
10. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. С. Н. Бокова. Воронеж, 1995. 640с.
11. Блюм В. В. Структура внутренней картины здоровья. Санкт-Петербург, 2006. 96 с.
12. Бовина И. Б. Представление о здоровье и болезни в молодежной бреду. *Вопросы психологии*. 2005. № 3. С. 90 – 97.
13. Бодалев А. А., Столин В. В., Аванесов В. С. Общая психодиагностика. Санкт-Петербург, 2000. 440 с.

14. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. (Психологическое исследование). Москва, 1968. 464 с.
15. Болдырев А. И. Социальный аспект больных эпилепсией. Москва, 1997. 208 с.
16. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн., пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова. Москва, 1999. 376 с.
17. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности. Київ: Здоров'я, 1980. 165с.
18. Валиуллина С. А., Черников В. В. Методологические аспекты изучения качества жизни детей раннего возраста. *Вопросы современной педиатрии*. 2006. Т.5, №1. С. 99.
19. Великий тлумачний словник української мови / уклад. І голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
20. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. Москва, 1964. 292с.
21. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Домінуючий психоемоційний стан матері дитини, хворої на епілепсію: емпіричне дослідження. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А.Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський, 2017. Вип. 38. С. 83 – 94.
22. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Оцінка якості життя батьків дітей, хворих на епілепсію. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського. Психологічні науки*: збірник наукових праць / за ред. Н. О. Євдокимової. Миколаїв, 2017. № 1 (17). С. 47–50.
23. Гасюк М. Б. Етапи психологічного супроводу хворого у кардіологічному відділенні International Research and Practice Conference “Modern Methods, Innovations and Operational Experience in the Field of Psychology and Pedagogist”. Lublin, 2017, October 20-21. P 215-219.

24. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. Санкт-Петербург, 2001. С. 259 – 266.
25. Гольберг Е. В. Проблемы пациентов с эпилепсией. *Эпилепсия*. Москва, 2010. №3. С. 67 – 71.
26. Григорьева И. А., Моросанова В. И. Экстремально-психологические проблемы детей-инвалидов в образовательной среде. Опыт работы практического психолога. *Материалы X-й юбилейной научно-практической межвузовской конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения*. Москва, 2011. 557 с.
27. Губанов Н. И., Царегородцев Г. И. Психосоматическая проблема. *Философские науки*. 1990. № 12. С. 22 – 31.
28. Детская психиатрия: учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. Санкт-Петербург, 2005. 1120 с.
29. Дзюбинська М. Я. Внутрішня картина здоров'я дітей, хворих на епілепсію: емпіричне дослідження. *Педагогічний процес: теорія і практика (серія: психологія)* 2017, № 1(56). С. 112–118.
30. Дзюбинська М. Я. Особливості самооцінки матерів, які виховують дітей хворих на епілепсію. *Психологія національної безпеки: зб. тез наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 25 квітня 2017 р., Львів, 2017*. С. 54 –55.
31. Дзюбинська М. Я. Особливості структури внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Психологічний часопис: зб. наук. праць*. Київ, 2017. №3(7). С. 26–35.
[URL: http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/52](http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/52)
32. Дзюбинська М. Я. Підвищення компетенції членів сім'ї дитини з епілепсію щодо вікової динаміки перебігу хвороби. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин: матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції*. Кам'янець-Подільський, 2016. С. 41–43.

33. Дзюбинська М. Я. Психоемоційний стан батьків як чинник формування внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя: зб. наукових статей Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. Луцьк, 2016. С. 161–165.

34. Дзюбинська М. Я. Психологічний портрет дитини, хворої на епілепсію. *Теорія і практика актуальних наукових досліджень: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (Львів, 27-28 жовтня 2017 р.), Львів, 2017. С. 82 – 84.*

35. Дзюбинська М. Я. Формування внутрішньої картини здоров'я у дітей хворих на епілепсію. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2015. Т. 11, Вип. 15. С. 127–135.

36. Дзяк Л. А., Зенков Л. Р., Кириченко А. Г. Епілепсія. Київ, 2001. 168с.

37. Дмитерко-Карабин Х. М. Смишлужиттєві орієнтації особистості: теорія, діагностика, рефлексія у психотерапевтичній групі: навчально-методични посібник. Івано-Франківськ, 2006. 160 с.

38. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология. Санкт-Петербург, 2000. С. 112–168.

39. Дунай В. И., Чепик Ю. И. Психология больного ребенка: курс лекцій. Минск, 2006. 60 с.

40. Эльконин Д. Б. Введение в детскую психологию. *Избранные психологические труды*. Москва, 1989. 560 с.

41. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте. *Избранные психологические труды*. Москва, 1989. С. 75– 76.

42. Зверева І. Д., Басюк Т. П. Проект «Покращення якості соціальних послуг дітям та сім'ям в громаді»: досягнення та перспективи» *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. № 9. С. 58 – 62.

43. Здоров'я особистості у психологічній перспективі: монографія / О. І. Богучарова; Луган. держ. ун-т внутр. справ ім. Е. О. Дідоренка. Луганськ, 2012. 487с.
44. Зінченко А.В. Особливості психосоціальної роботи з хворими на епілепсію. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*. 2013. Вип.12. С. 223–236.
45. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 400 с.
46. Исаев Д. Н. Отношение родителей и болезней ребенка. *Психосоматическая медицина детского возраста*. Санкт-Петербург, 1996. С. 341–344.
47. Исаев Д. Н. *Психосоматическая медицина детского возраста*. Санкт-Петербург, 1996. 454 с.
48. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: автореф. дис.... канд. психол. наук: 19.00.07. / «Академия повышения квалификации и переподготовки работников образования» (АПКиППРО) Москва, 2002. 18 с.
49. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида. *Психогенные и психосоматические расстройства: тезисы научной конференции 24-25 ноября 1988 г. Часть 1*. Тарту. 1988. С. 201-204.
50. Каган В. С. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? *Вопросы психологии*. Санкт-Петербург, 1993. № 1. С. 124-130.
51. Квасенко А. В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Ленинград, 1980. 184с.
52. Клиническая психология / под ред. Б. Д .Карвасарского. Санкт-Петербург, 2006. 960с.
53. Ковальчук А. М. Внутрішня картина здоров'я у підлітків і юнаків, які входять до «групи ризику»: автореф. дис. канд. психолог. наук: 19.00.04. / КНУ ім. Шевченка. Київ, 2004. 20 с.

54. Кольцова А. Е. Психологические проблемы семьи и детей с диагнозом эпилепсия и психогенные неэпилептические приступы. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика* 2015. Том 21. С. 64–66.

55. Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста (Из опыта работы психолога в детском психиатрическом стационаре). Москва, 1963. С.128–152.

56. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк, 2011. 352 с.

57. Красильников Г. Т., Сыч Л. Н., Галина Л. Л. Внутренняя картина здоровья как медико-психологическая проблема. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 1996. № 2. С. 19 – 21.

58. Кукуруза А. В., Кириллова Е. А., Беляева Е. Э. Характеристика внутренней картины здоровья подростков с соматической патологией. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru>.

59. Куприянов Р. В., Кузьмина Ю. М. Психодиагностика стресса: практикум. / М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технолог. ун-т. Казань, 2012. 212 с.

60. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология: [учебн. для студ. мед. вузов]. Москва, 2005. 416 с.

61. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология: учеб. пособие для студ. мед. Институтов. Москва, 1984. 272 с.

62. Леонтьев А. Н. К теории развития психики ребенка. *Избр. психологические произведения*: в 2 т. Т. 1. Москва, 1990. С. 285 – 286.

63. Лісова О. С. Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу. *Медицинская психология*, 2008. Т.3, № 1. С.44 – 50.

64. Лісова О.С. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я осіб з виразковою хворобою: автореф. дис. канд. психолог. наук: 19.00.04 / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Харків, 2008. 20 с.
65. Личко А.Е., Иванов М. Я. Медико-психолгическое обследование больных. *Невропатология и психиатрия*, 1980. Вып. 8. С. 1195 – 1198.
66. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. Москва, 1984. 444 с.
67. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Москва, 1977. 111 с.
68. Ляпидевский С. С. Невропатология. Естественнаучные основы специальной педагогики: учеб. для студ. высш. учеб. заведений / под ред. В. И. Селиверстова Москва, 2000. 384 с.
69. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. Санкт-Петербург, 2001. 220 с.
70. Мамайчук И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка. *Психологические и этические проблемы детства*. Санкт-Петербург, 1993. С. 5–13.
71. Машилов К. В., Жигарева Е. Б. Коган Б. М. Психологические особенности подростков, страдающих эпилепсией. *Системная психология и социология: Всероссийское периодическое издание научно-практический журнал*. Москва, 2011. № 4 (II). С. 33 – 36.
72. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. Москва, 2002. 592с.
73. Миронова И. А., Симоненко Т. Л., Трухан Е. А. Сделай свой выбор! Тренинги по основам репродуктивного здоровья, профилактике ВИЧ/БППП, наркомании, алкоголизма и навыкам ответственного поведения. Минск, 2004. 192 с.
74. Моїсеєнко Р. О. Аналіз епідеміологічних досліджень диспансерної групи дітей з епілепсеєю з метою оптимізації надання медичної допомоги: зб.

наук. праць співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2015. Вип. 24 (3) /25. С. 334 – 338.

75. Мушкевич М. І. Наукові підходи до сім'ї з проблемною дитиною. Психологічні перспективи. Вип. 21 / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки; Інститут соціальної та політичної психології АПН України ; гол. ред. ради М. Слюсаревський. Луцьк, 2013. С. 164–175.

76. Немов Р. С. Психология: учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. Кн. 2. Психология образования. Москва, 1997. 608с.

77. Нестерак Р. В., Гасюк М. Б., Вакалюк І. П. Авторське право на твір «Програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» № 75681, зареєстроване 29.12 2017

78. Никандров В.В. Экспериментальная психология. учебное пособие. Санкт-Петербург, 2003. 480 с.

79. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. Москва, 1987. 169с.

80. Обухова Л. Ф. Возрастная психология: учебник. Москва, 2001. 442с.

81. Петрухин А. С, Мухин К. Ю., Медведев М. И. Основные принципы диагностики и лечения эпилепсии у детей и подростков. *Современная психиатрия*. 1998. № 5. С. 12–16.

82. Пограничная психиатрия под ред. Ю.А. Александровского. Москва, 2006. 1280 с.

83. Поліщук Н. Є. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. *«НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»*. 2013. № 6 (2). URL:<https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-1241/Biopsihosocialna-model-dopomogi-osnovni-principi-diagnostiki-ta-likuvannya>

84. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г С. Никифорова. Санкт-Петербург, 2006. 607 с.

85. Психология семи и больной ребенок. учебное пособие: Хрестоматия. Санкт-Петербург, 2007. 400 с.
86. Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. Москва, 2000. 656 с.
87. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Санкт-Петербург : прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 656 с.
88. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика; пер. с англ. / общ. ред. и вступ. ст. Петровской Л. П. 2-е изд. Москва: Прогресс, 1993. 368с.
89. Савчин М. В. Методологеми психології: монографія. Київ, 2013. 224 с.
90. Семакина Н. В., Михайлов В. А., Багаев В. И. Влияние клинко-психопатологических проявлений эпилепсии на психическую адаптацию матерей больных детей / Общероссийский благотворительный общественный фонд «Содружество». *Вестник эпилептологии*. Москва, 2014. С. 21–26.
91. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию Москва, Екатеринбург, 2001. 779 с.
92. Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*: Москва, 1983. С. 38 – 62.
93. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Москва, 1995. 360 с.
94. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 749 с.
95. Тараненко Н .Е. Внутренняя картина болезни у детей с хроническими соматическими заболеваниями. *Практична психологія і соціальна робота*. 2002. № 2. С. 48 – 50.

96. Токарева Н. М. Шамне А. В. Вікова та педагогічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Київ, 2017. 548 с.
97. Троицкая Л. А. Особенности эмоциональной сферы у детей с эпилепсией. *Научный журнал Известия российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена*. 2008. № 10(57). С. 127–131.
98. Туріщева Л. В. Психологічні тренінги для школярів. Харків: Вид. група «Основа», 2010. 124 с.
99. Турубарова А. В. Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я дитини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2013. Вип. 46(1). С. 204 – 211.
100. Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З. Соматопсихология Хрестоматия. Ульяновск: Ульяновский Государственный Университет, 2006. 716 с.
101. Фопель Клаус Психологічні групи: Робочі матеріали для ведучого: практичне посібник / Пров. з нього. 5-е изд., стер. Москва: Генеза, 2004. 256 с.
102. Хайтович М. В., Майданник В. Г., Ковальова О. А. Психотерапія в педіатрії. Ніжин: ТОВ «Вид-во «Аспект-Поліграф», 2003. 216 с.
103. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. *Психологические исследования*, 2012, № 1(21), 11. URL:<http://psystudy.ru>. 0421200116/0011.
104. Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности. *Учёные записки Курского государственного университета: электронный научный журнал*. 2009. №3 (11).
105. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). Москва: Гардарики, 2005. 349 с.
106. Callahan K., Secrest J. Health Perception and Social Role Following Cardiac Rehabilitation: A study of King's definition of health.: by The University of

Arizona College of Nursing.

URL: <http://www.juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Callahan.htm>.

107. Christensen A.J., Moran P.J., Wiebe J.S. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health psychology*. 1999. V. 18, № 2. P. 169 – 176.

108. Donna Falvo Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability 3rd ed. United States of America, 2005. 572 p.

109. Eurenus E., Brodin N., Lindblad St. Predicting physical activity and general health perception among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of rheumatology*. 2007. Vol. 34, № 1. P. 10 – 15.

110. Goodwin R., Engstrom G. Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*. 2002. № 32. P. 325 – 332.

111. Peterson Ch., De Avila M.E. Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*. 1995. Vol. 51, Is. 1. P. 128 – 132.

112. Reis V.A., Zaidel D.W. Functional asymmetry in the human face: Perception of health in the left and right sides of the face. *Laterality*. 2001. № 6 (3). P. 225 – 231.

113. Sacks C.R., Peterson R.A., Kimmel P.L. Perception of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney disease*. 1999. Vol.15, № 1. P. 31 – 39.

114. Santacroce S. J. Parental uncertainty and posttraumatic stress in serious childhood illness. *Journal Nursing Scholarship*. 2003. Vol.35, No.1, P. 45–51.

115. Schwarzer R. Optimism, goals, and threats: How to conceptualize self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Psychology and Health*. 1998. № 13. P. 759 – 766.

116. Shore C. P., Austin J. K. & Huster G. A. Identifying risk factors for maternal depression in families of adolescents with epilepsy. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2002. Vol.7. P. 71 – 80.

117. Sletmo, A. Rehabilitation in epilepsy, *Advances in epileptology. XIIIth epilepsy international symposium, Raven Press, New York, USA. 1982.*
118. Thompson, P.J., Upton, D. The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure*, 1992. Vol. 1. P. 43 – 48.
119. Wichowski H.C., Kubsch S.M. The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens. *Journal Adv. Nursing*. 1997. Mar., 25 (3). P. 548 – 553.
120. Williams J., Steel C, Sharp G.B, Delos Reyes E.,Phillips T., Bates S., Lange B., Griebel. M.L. Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2003. Vol. 4 (5). P. 483–486.

ДОДАТКИ

Додаток А

Психодіагностичні методики

Додаток А.1

Авторський опитувальник для дітей та підлітків «Діагностика ВКЗ»

Дата заповнення _____

До Вашої уваги пропонуємо даний опитувальник.

Опитувальник є анонімним, тобто Ваше прізвище та ім'я ніде не фігуруватимуть.

*Правильних чи неправильних відповідей тут немає. Визначальну цінність для нас має тільки
Ваша щирість.*

Вкажіть, будь ласка, наступні дані:

Ім'я _____

Вік _____ років _____ місяців

Місце проживання : Село / Місто

Порядок народження _____

Сім'я повна/ неповна _____

Проживання з другим поколінням _____

Контакт з однолітками (чи є друзі) _____

Навчання: школа/ індивідуальне

Вік виявлення хвороби _____

Частота приступів _____

Хто знає про наявність захворювання _____

Дайте, будь ласка, відповіді на наступні запитання:

1. Чи можна купити здоров'я за гроші? (Відповідь поясни)

2. Чи згодні Ви з висловлюванням, що Ви є відповідальним за своє здоров'я? Якщо ні,
то хто відповідає за Ваше здоров'я?

3. Закінчіть речення. Здоров'я – це _____

4. Закінчіть речення. Я буду здоровим, коли

5. Закінчіть речення. Признаки того, що можливий приступ 1

6. З чим Ви пов'язуєте погіршення свого здоров'я?

7. Із яких джерел Ти отримуєш інформацію про своє здоров'я?

1) лікарі _____

2) батьки _____

3) власне самопочуття _____

4) свій варіант _____

8. Оцініть своє здоров'я за 10-бальною шкалою

9. Чи знаєте Ви звідки можна отримувати силу, підтримку?

10. Які емоційні переживання Ви відчуваєш?

а) в стані здоров'я?

б) в стані погіршення здоров'я?

11. Виберіть варіант відповіді. Якщо у Тебе вдень був приступ, чи виникало у вечері бажання зробити що-небудь хороше для себе? (Що саме ти робиш для себе, щоб покращити самопочуття?)

А) немає бажання;

Б) бажання особливого немає, але я стараюся що-небудь зробити;

В) так, оскільки це мені подобається, і я буду почувати себе краще;

Г) свій варіант _____

12. Яку роботу вдома Ви виконуєш?

*Що Ви б хотіли робити? _____

13. Чи чітко Ви виконуєте інструкції, рецепти, призначення лікарів?

*Чи використовували Ви альтернативне лікування?

14. Як Ви підтримуєте, зберігаєте і зміцнюєте своє здоров'я? 1

15. Ти завжди Ви просите про допомогу, усвідомлюєте, що потребуєте її?

Так/Ні _____

16. Чи довіряєте Ви своїй інтуїції, внутрішньому голосу? Так/Ні

17. Чи прагнете Ви досягнути внутрішню гармонію? Так/Ні

18. Чи вважаєте Ви себе творцем свого майбутнього? Так/Ні

Щиро дякуємо за приділений Вами час та допомогу в дослідженні!

Додаток А.2

Методика «ЛОБІ»

Інструкція: Перед Вами текст опитувальника із запропонованими виборами з 12 розділів. Вам потрібно вибрати з кожного розділу не більше трьох тверджень, які відображають Вашу думку. Якщо жодне з визначень не підходить Вам, візьміть останній вибір «0». Нумери вибраних відповідей занесіть у нижчеподаний бланк."

Самопочуття

1. Відтоді, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил.
3. Погане самопочуття я намагаюся перебороти.
4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.
5. У мене майже завжди щось болить.
6. Погане самопочуття виникає в мене після засмучення.
7. Погане самопочуття виникає в мене від очікування неприємностей.
8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання.
9. Моє самопочуття задовольняє мене.
10. Відтоді, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами роздратованості й почуттям пригнічення.
11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене інші.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Настрій

1. Як правило, настрій у мене дуже хороший.
2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і роздратованим.
3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, переживання за близьких, невпевненості в майбутньому.
4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися смутку.
5. Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій.
6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.
7. У мене переважно зовсім байдужий настрій.
8. У мене бувають напади роздратованості, під час яких перепадає іншим.
9. У мене не буває смутку, але може бути озлобленість і гнів.
10. Найменші неприємності дуже дратують мене.

11. Через хворобу у мене завжди тривожний настрій.
12. Мій настрій, як правило, такий самий, як в інших людей.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Сон та пробудження

1. Прокинувшись, я зразу змушую себе встати.
2. Ранок для мене – найважчий час доби.
3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути.
4. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень.
5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сні бачу рідко.
6. Зранку я більш активний, і мені легше працювати, ніж увечері.
7. У мене поганий та неспокійний сон, часто бувають гнітючі сновидіння.
8. Безсоння у мене настає періодично без особливих причин.
9. Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати в певний час.
10. Зранку я встаю бадьорим та енергійним.
11. Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні потрібно буде зробити.
12. Ночами в мене бувають напади страху.
13. Зранку я відчуваю повну байдужість до всього.
14. Я можу вільно регулювати свій сон.
15. Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу.
16. Уві сні мені бачаться різні хвороби.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Апетит і ставлення до їжі

1. Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях.
2. У мене хороший апетит.
3. У мене поганий апетит.
4. Я люблю ситно поїсти.
5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.
6. Мені легко можна зіпсувати апетит.
7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди перевіряю її свіжість та доброякісність.
8. Їжа мене цікавить передусім як засіб підтримати здоров'я.
9. Я намагаюся притримуватися дієти, яку сам розробив.
10. Їжа не дає мені ніякого задоволення.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до хвороби

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.
3. Намагаюся не думати про свою хворобу й жити безпроблемним життям.
4. Моя хвороба найбільше мене пригнічує тим, що люди почали сторонитися мене.
5. Постійно думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.
6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого доброго мене не чекає.
7. Вважаю, що моя хвороба задавлена через неувважність та невміння лікарів.
8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.
9. Намагаюся перебороти хворобу, працювати, як і раніше, і навіть ще більше.
10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.
11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують.
12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як в інших, і тому потребує особливої уваги.
13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерпимим, запальним.
14. Я знаю, за чиєї вини захворів і не пробачу цього ніколи.
15. Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до лікування

1. Уникаю будь-якого лікування, маючи надію, що організм сам переборє хворобу, якщо про неї менше думати.
2. Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані з призначеним лікуванням.
3. Я був би готовий на найважче чи навіть небезпечне лікування, тільки б позбавитися хвороби.
4. Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним.
5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх постійно розчаровуюсь.
6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію.
7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безкінечні думки про ускладнення та небезпечність, із ними пов'язані.
8. Від лікування мені стає тільки гірше.
9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів.

10. Вважаю, що серед застосованих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.
11. Вважаю, що мене лікують неправильно.
12. Я жодного лікування не потребую.
13. Мені набридло безкінечне лікування, хочу лише, щоб мене залишили в спокої.
14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.
15. Мене дратує й озлоблює, коли лікування не дає покращення.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до лікарів та медперсоналу

1. Найголовнішим у кожному медичному працівникові я вважаю увагу до хворого.
2. Я хотів би лікуватись у відомого лікаря.
3. Вважаю, що захворів, найімовірніше, з вини лікарів.
4. Мені здається, що лікарі мало розуміють у моїй хворобі й тільки роблять вигляд, що лікують.
5. Мені все одно, хто і як мене лікує.
6. Я часто переживаю, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.
7. Лікарі та медперсонал часто викликають у мене неприязнь.
8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнений в успіхові лікування.
9. Із великою повагою я ставлюся до професії медичного працівника.
10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неухважні й несумлінно виконують свої обов'язки.
11. Я буваю нетерпимим і дратівливим із лікарями і персоналом, а потім шкодую про це.
12. Я здоровий і допомоги лікарів не потребую.
13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до рідних та близьких

1. Я настільки обтяжений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати.
2. Рідним та близьким намагаюся не показувати, який я хворий, щоб не пригнічувати їх.
3. Близькі марно хочуть зробити з мене важкохворого.
4. Мене охоплюють думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби й не співчують моїм стражданням.
6. Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити у своє задоволення.
7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими.
8. Через хворобу втратився будь-який інтерес до справ та хвилювань близьких і рідних.
9. Через хвороби я став тягарем для близьких.
10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликає в мене неприязнь.
11. Я вважаю, що захворів через моїх рідних.
12. Я намагаюсь якнайменше давати привід для незручностей моїм близьким через мою хворобу.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до навчання

1. Хвороба робить мене не здатним навчатися.
2. Боюся, що через хворобу мені доведеться піти з хорошого навчального закладу.
3. Моє навчання стало для мене зовсім байдужим.
4. Через хворобу мені стало не до навчання.
5. Постійно хвилююся, що через хворобу можу не справитись із навчанням.
6. Вважаю, що моя хвороба виникла через те, що навчання завдало шкоди моєму здоров'ю.
7. За місцем навчання зовсім не зважають на мою хворобу і навіть прискіпуються до мене.
8. Не вважаю, що хвороба може зашкодити моєму навчанню.
9. Я намагаюся, щоб за місцем навчання якнайменше знали й говорили про мою хворобу.
10. Я думаю, що, незважаючи на хворобу, потрібно продовжувати навчання.
11. Хвороба зробила мене в навчанні непосидючим та нетерплячим.
12. На навчанні я прагну забути про свою хворобу.
13. Усі дивуються і захоплюються тим, що я успішно навчаюся, незважаючи на хворобу.
14. Моє здоров'я не заважає мені навчатися там, де я хочу.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до оточуючих

1. Мені тепер все одно, хто мене оточує і хто біля мене.
2. Мені тільки хочеться, щоб інші люди залишили мене в спокої.
3. Коли я захворів, то всі про мене забули.
4. Здоровий вигляд та життєрадісність інших викликають у мене дратівливість.
5. Я намагаюся, щоб інші люди не помічали моєї хвороби.
6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з іншими стільки, скільки мені хочеться.

7. Мені хотілося б, щоб інші пізнали на собі, як важко хворіти.
8. Мені здається, що інші стороняться мене через мою хворобу.
9. Інші люди не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.
10. Моя хвороба і те, як я її переношу, дивують та вражають інших.
11. З іншими я намагаюся не говорити про мою хворобу.
12. Моє оточення довело мене до хвороби – і я цього не пробачу.
13. Серед інших я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб.
14. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати й навіть дратувати мене.
15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до самотності

1. Надаю перевагу самотності, тому що мені одному стає легше.
2. Я відчуваю, що через хворобу приречений до повної самотності.
3. На самоті я намагаюся знайти якусь цікаву та важливу роботу.
4. На самоті в мене з'являються нерадісні думки про хворобу, ускладнення, можливі страждання.
5. Часто залишаюся наодинці, я швидше заспокоююся: люди мене почали сильно дратувати.
6. Соромлячись хвороби, я намагаюся усамітнитися від людей, а на самоті скучаю за ними.
7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.
8. Мені стало все одно: чи бути серед людей, чи залишатися самотнім.
9. Бажання побути на самоті залежить у мене від обставин та настрою.
10. Я боюся залишатися на самоті через небезпеку, пов'язану з хворобою.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до майбутнього

1. Хвороба робить моє майбутнє похмурим та сумним.
2. Моє здоров'я не дає поки що жодних підстав хвилюватися за майбутнє.
3. Я завжди надіюся на щасливе майбутнє, навіть у найсумніших ситуаціях.
4. Не вважаю, що хвороба може істотно відобразитися на моєму майбутньому.
5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я в майбутньому.
6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні).
7. Мені стало байдуже, що буде зі мною в майбутньому.
8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.

9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів.

10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють смуток та дратівливість на інших людей.

11. Через хвороби я дуже тривожуся за своє майбутнє.

0. Жодне з визначень мені не підходить

Ключ для оцінки результатів методики «Типи ставлення до хвороби»

За кожен збіг вибраної відповіді з нормативов (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічено кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

Нормативний трафарет

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1 4	1 5	0
Самопочуття	Е	Т	З	Г	І	Н	Т	-	-		ТН	-	-	-	-	-
Настрій	Ф	ННТ Я	ОО С	Г	ІЯ	Т Н	А	-	-	П	ТТ О	-	-	-	-	-
Сон та пробудження від сну	-	-	ТНО	А	-	-	-	-	-	-	СС	О	-	-	О	-
Апетит і ставлення до їжі	С	ФП	І	-	З	-	І	Р	І	-	-	-	-	-		-
Ставлення до хвороби	Т	АА	ФФ	С	О О	І	П	З	РР	І	З	ЯЯ	Н Н	П	Г	-
Ставлення до лікування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	П	П	-	-	Г	-	ЗФ Р
Ставлення до лікарів та медперсоналу	Г	І	П	-	-	-	-	Я	Г	Н П	-	-	-	-	-	-
Ставлення до рідних та близьких	-	СР	-	-	І	-	Я	-	-	-	-	ГР Р	-	-	-	-
Ставлення до навчання	А	-	-	-	С	-	О	Ф	Р	РР	-	-	-	-	-	-

Ставлення до інших	-	-	-	-	-	ЗЗ	-	-	Я	-	-	-	-	І	Г	-
Ставлення до майбутнього	А А	ЗФ	-	З З	ГТ	-	А	ІСЯ Я	П	-	-	-	-	-	-	-
Ставлення до самотності	АС	-	-	-	НЯ	-	-	-	Г Ф	СЯ	-	-	-	-	-	Ф

Інтерпретація: висновок про переважаючий тип психічного реагування на захворювання робиться на основі порівняння отриманих під час обробки даних досліджуваного за всіма типами реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідно до мінімального діагностичного числа:

Тип ставлення	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Мінімальне діагностичне число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3

Позначення: Г – гармонійний, Т – тривожний, І – іпохондричний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – неврастенічний, О – obsесивно-фобічний, С – сензитивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфорійний, З – анозогнозичний, Р – ергопатичний, П – паранояльний.

Додаток А.3

Опитувальник для самооцінки тривожності (Ч. Спілбергера, Ю. Л. Ханін)

Частина 1

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ В ДАНИЙ МОМЕНТ**. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

		Ні, зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я напружений	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я вільно себе почуваю	1	2	3	4
6	Я розстроєний	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я насторожений	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений(накручений в собі)	1	2	3	4
15	Я не відчуваю напруги і скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я збуджений і мені ніяково	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Частина 2

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ ЗАЗВИЧАЙ**. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

		Ні, зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
21	Я спокійний	1	2	3	4
22	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
23	Я напружений	1	2	3	4
24	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
25	Я вільно себе почуваю	1	2	3	4
26	Я розстроєний	1	2	3	4
27	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
28	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
29	Я насторожений	1	2	3	4
30	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
31	Я впевнений у собі	1	2	3	4
32	Я нервую	1	2	3	4
33	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
34	Я напружений(накручений в собі)	1	2	3	4
35	Я не відчуваю напруги і скованості	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Я стурбований	1	2	3	4
38	Я збуджений і мені ніяково	1	2	3	4
39	Мені радісно	1	2	3	4
40	Мені приємно	1	2	3	4

Ключ до тесту самооцінки тривожності (Ч. Спілбергера, Ю. Л. Ханін)

Обробка результатів зводиться до підсумовування числових значень згідно ключа, представленого в таблиці. Підраховується сума балів, записаних при відповіді на твердження від 1 до 20 – це показник ситуативної тривожності. Аналогічним чином підраховується рівень особистісної тривожності, якому відповідають запитання від 21 до 40.

Номер твердження	Ситуативна тривожність (відповіді)	Номер твердження	Особистісна тривожність (відповіді)
1	4 3 2 1	21	4 3 2 1
2	4 3 2 1	22	1 2 3 4
3	1 2 3 4	23	1 2 3 4
4	1 2 3 4	24	1 2 3 4
5	4 3 2 1	25	1 2 3 4
6	1 2 3 4	26	4 3 2 1
7	1 2 3 4	27	4 3 2 1
8	4 3 2 1	28	1 2 3 4
9	1 2 3 4	29	1 2 3 4
10	4 3 2 1	30	4 3 2 1
11	4 3 2 1	31	1 2 3 4
12	1 2 3 4	32	1 2 3 4
13	1 2 3 4	33	1 2 3 4
14	1 2 3 4	34	1 2 3 4
15	4 3 2 1	35	1 2 3 4
16	4 3 2 1	36	4 3 2 1
17	1 2 3 4	37	1 2 3 4
18	1 2 3 4	38	1 2 3 4
19	4 3 2 1	39	4 3 2 1
20	4 3 2 1	40	1 2 3 4

Якщо отримана сума менша за 30 – це показник низької тривожності, 31 – 45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність.

Додаток А.4

Методика визначення домінуючого стану: короткий варіант (Л. В. Куліков)

Інструкція: У опитувальнику наведені ознаки, що описують стан, поведінку, ставлення людини до різних явищ. Оцініть, будь ласка, наскільки ці ознаки властиві Вам, маючи на увазі не тільки сьогоднішній день, а більш тривалий відрізок часу. Не прагніть «поліпшити» або «погіршити» відповіді, це призведе до недостовірних результатів, так як методика вловлює спотворення і нещирість відповідей. Ви можете бути впевнені, що Ваші відповіді не будуть розголошені. Свою згоду з кожним наведеним в опитувальнику судженням необхідно виразити за допомогою семибальною шкали: 1 – Повністю не погоджуюся, 2 – погоджуюся малою мірою, 3 – погоджуюся майже наполовину, 4 – погоджуюся наполовину, 5 – погоджуюся більше ніж наполовину, 6 – погоджуюся майже повністю, 7 – повністю погоджуюся.

Текст опитувальника

1. Мій організм сильно реагує на перепади погоди або зміни клімату.
2. Дуже часто буває настрій, коли я легко відволікаюся від справи, стаю розсіяним і мрійливим.
3. Я тривожуюся дуже часто.
4. Я часто погано засинаю.
5. Маса дрібних неприємностей виводить мене з себе.
6. Мої думки постійно повертаються до можливих невдач, і мені важко направити їх в інше русло.
7. Я часто хвалю людей, яких знаю дуже мало.
8. Я відчуваю невизначене занепокоєння, боязнь, сам не знаю чому.
9. Якщо всі проти мене, я анітрохи не падаю духом.
10. Я прокидаюся вранці невідпочившим і втомленим.
11. Часто я відчуваю себе безкорисним.
12. Мені не вдається стримувати свою досаду або гнів.
13. Важкі завдання піднімають мені настрій.
14. У мене часто болить голова.
15. Часто буває, що я з кимось пліткую.
16. У мене часто виникає передчуття, що мене чекає якесь покарання.

17. Мене легко зачепити словом.
18. Я сповнений енергії.
19. Існує конфлікт між моїми планами і дійсністю.
20. У ситуаціях тривалих нервово-психічних навантажень я проявляю витривалість.
21. Мої манери за столом вдома зазвичай не такі хороші, як в гостях.
22. Дуже часто яке-небудь дрібниця опановує моїми думками і турбує мене кілька днів.
23. Дуже часто я відчуваю себе втомленим, млявим.
24. Я пропускаю зручний випадок через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
25. Є дуже багато речей, які мене легко дратують.
26. Я часто відчуваю почуття напруги і занепокоєння, думаючи про те що відбулося, протягом дня.
27. Коли я погано себе почуваю, я дратівливий.
28. Дуже часто у мене буває хандра (тужливий настрій).
29. Вранці, після пробудження, я ще довго відчуваю себе втомленим і розбитим.
30. Мені подобається постійно долати нові труднощі.
31. У мене є бажання змінити у своєму способі життя дуже багато чого, але не вистачає сил.
32. У більшості випадків я легко долаю розчарування.
33. Задоволення одних моїх потреб і бажань унеможливорює задоволення інших.
34. Часто непристойний жарт мене смішить.
35. Я дивлюся в майбутнє з повною упевненістю.
36. Я дуже часто втрачаю терпіння.
37. Люди розчаровують мене.
38. Мені часто приходять в голову нехороші думки, про які краще не розповідати.
39. Мені все швидко набридає.
40. Мені здається, що я близький до нервового зриву.
41. Я часто відчуваю загальну слабкість.
42. Мені часто кажуть, що я запальний....

Ключ до методики визначення домінуючого стану: короткий варіант (Л. В. Куліков)

У даній методиці при інтерпретації отриманих числових величин використовують перевод сирих в стандартні Т-оцінки. Шкали стандартних Т-балів побудовані таким чином: середні величини прирівнюються до 50 Т-балів; 10 Т-балів рівно одній стигмі.

Підвищені оцінки за певною шкалою – це оцінки 55 і більше Т-балів. Це відхилення від середньої величини в більшу сторону більше ніж на половину стигми. Знижені оцінки – це оцінки 45 і менше Т-балів. Це відхилення від середньої величини в меншу сторону більше ніж на половину стигми. Високі оцінки – це оцінки 60 і більше Т-балів. Низькі оцінки – це оцінки 40 і менше Т-балів.

Ключ до шкал домінуючого стану:

1. «Активне-пасивне ставлення до життєвої ситуації»: 9, 13, 18, 20, 30, 32, 35;
2. «Тонус: високий – низький»: 1, 4, 10, 14, 23, 29, 41;
3. «Спокій – тривога»: 3, 6, 8, 16, 22, 26;
4. «Стікість – не стікість емоційного тону»: 5, 12, 25, 36, 39, 40, 42;
5. «Задоволеність – незадоволеність життям в цілому»: 2, 11, 17, 19, 24, 28, 31, 33, 37;
6. «Позитивний – негативний образ себе»: 7, 15, 21, 27, 34, 38.

Додаток А.5

Опитувальник «Прогноз-2» (В. Ю. Рибніков)

Інструкція: Вам пропонується відповісти на 86 питань, спрямованих на виявлення деяких особливостей Вашої особистості. Прочитайте, будь ласка, уважно кожне із вказаних тверджень та і поставте галочку(або іншу позначку) в тій графі, яка відображає Вашу думку. Будьте відверті, довго не роздумуйте над змістом питань, давайте відповідь яка першою прийде Вам в голову. Пам'ятайте, що немає «хороших» або «поганих» відповідей.

№	Судження	Так	Ні
1	Бувало, що я кидав розпочату справу, тому що боявся, що не впораюся з нею		
2	Мене легко переспорити.		
3	Я уникаю поправляти людей, які висловлюють необґрунтовані твердження.		
4	Люди проявляють до мене стільки співчуття і симпатії, скільки я заслуговую.		
5	Іноді я буваю впевнений, що інші люди знають про що я думаю.		
6	Бували випадки, що я не дотримувався своїх обіцянок.		
7	Часом я буваю абсолютно впевнений у своїй нікчемності.		
8	У мене ніколи не було зіткнень із законом.		
9	Я часто запам'ятовую числа, що не мають для мене ніякого значення (наприклад, номери автомобілів і т.п.).		
10	Іноді я кажу неправду.		
11	Я більш вразливий ніж більшості інших людей.		
12	Мені приємно мати серед своїх знайомих впливових людей, це ніби додає мені вагу у власних очах.		
13	Безумовно доля не прихильна до мене.		
14	Мені часто кажуть, що я запальний.		
15	Бувало, що я говорив про речі в яких не розбираюся.		
16	Я легко втрачаю терпіння з людьми.		
17	У мене відсутні вороги, які по-справжньому хотіли б заподіяти мені зло.		
18	Іноді мій слух настільки загострюється, що це мені навіть заважає.		
19	Буває, що я відкладаю на завтра те, що можна зробити сьогодні.		
20	Якби люди не були налаштовані проти мене, я досяг би в житті набагато більшого.		
21	У грі я волюю вигравати.		
22	Часто я переходжу на іншу сторону вулиці, щоб уникнути зустрічі з людиною, яку я не бажаю бачити.		
23	Велику частину часу у мене таке відчуття, ніби я зробив щось не те або навіть погане.		
24	Якщо хто-небудь говорить дурість або як-небудь інакше проявляє своє невігластво, я намагаюся роз'яснити йому його помилку.		
25	Іноді у мене буває відчуття, що переді мною нагромадилося стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.		

26	В гостях я поведжу себе за столом краще, ніж вдома		
27	У моїй родині є дуже нервові люди.		
28	Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.		
29	Мушу визнати, що часом я хвилююся через дрібниці.		
30	Коли мені пропонують розпочати дискусію або висловити думку з питання, в якому я добре розбираюся, я роблю це без боязкості.		
31	Я часто жартують над друзями.		
32	Протягом життя у мене кілька разів змінювалося ставлення до моєї професії.		
33	Бувало, щоб при обговоренні деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався з думкою інших.		
34	Я часто працював під керівництвом людей, які вміли повернути справу так, що всі досягнення в роботі приписувалися їм, а винуватими в помилках виявлялися інші.		
35	Я без всякого страху вхожу в кімнату, де інші вже зібралися і розмовляють.		
36	Мені здається, що по відношенню саме до мене особливо часто чинять несправедливо.		
37	Коли я перебуваю на високому місці, у мене з'являється бажання стрибнути вниз.		
38	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.		
39	Мої плани часто здавалися мені настільки важко здійсненими, що я повинен був відмовитися від них.		
40	Я часто буваю розсіяним і забудькуватим.		
41	Напади поганого настрою у мене бувають рідко.		
42	Я волів би працювати з жінками.		
43	Щасливіше всього я буваю, коли я один.		
44	Іноді, коли я погано себе почуваю, я буваю дратівливим.		
45	Часто я бачу сни, про які краще нікому не розповідати.		
46	Мої переконання і погляди непохитні.		
47	Я людина нервова і запальна.		
48	Мене дуже дратує, коли я забуваю, куди кладу речі.		
49	Буває, що я серджуся.		
50	Робота, що вимагає пильної уваги, мені подобається.		
51	Іноді я буваю такий схвилюваний, що не можу всидіти на місці		
52	Буває, що непристойний жарт викликає у мене сміх.		
53	Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розповідати		
54	Іноді я приймаю валеріану, еленіум або інші заспокійливі засоби.		
55	Людина я рухлива.		
56	Тепер мені важко сподіватися на те, що я чогось досягну в житті.		
57	Іноді я відчуваю, що близький до нервового зриву		
58	Бувало, що я відповідав на листи не відразу після прочитання		
59	Раз на тиждень або частіше я буваю збудженим і схвилюваним.		
60	Мені дуже важко пристосуватися до нових умов життя, роботи або навчання. Перехід до нових умов життя, роботи або навчання здається мені нестерпно важким.		
61	Іноді траплялося так, що я запізнювався на роботу або побачення.		

62	Голова у мене болить часто		
63	Я вів неправильний спосіб життя		
64	Алкогольні напої я вживаю в помірних кількостях (або не вживаю).		
65	У мене часто бувають сумні роздуми.		
66	У порівнянні з іншими сім'ями в моїй дуже мало любові і тепла		
67	У мене часто бувають підйоми і спади настрою.		
68	Коли я перебуваю серед людей, я чую дуже дивні речі.		
69	Я вважаю, що мене дуже часто карали незаслужено.		
70	Мені страшно дивитися вниз з великої висоти.		
71	Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг робити, бо ніяк не міг змусити себе взятися за роботу.		
72	Я щодня випиваю незвично багато води.		
73	У мене бували періоди, коли я щось робив, а потім не знав, що саме я робив		
74	Коли я намагаюся щось зробити, то часто помічаю, що в мене тремтять руки		
75	Думаю, що я людина приречена.		
76	У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не можу всидіти на місці.		
77	Часом мені здається, що моя голова працює повільніше.		
78	Мені здається, що я все відчуваю більш гостро, ніж інші.		
79	Іноді абсолютно без будь-якої причини у мене раптом настає період надзвичайної веселості.		
80	Деякі речі настільки мене хвилюють, що мені навіть говорити про них важко.		
81	Іноді мене підводять нерви.		
82	Часто у мене буває таке відчуття, ніби все навколо нереальне.		
83	Коли я чую про успіхи близького знайомого, я починаю відчувати, що я невдаха.		
84	Буває, що мені в голову приходять погані, часто навіть жахливі слова, і я ніяк не можу від них відв'язатися.		
85	Іноді я намагаюся триматися подалі від тієї чи іншої людини, щоб не зробити або не сказати чогось такого, про що потім жалкую		
86	Часто, навіть коли все складається для мене добре, я відчуваю, що мені все байдуже.		

Ключ до опитувальника «Прогноз-2» (В. Ю. Рибніков)

Обробка результатів виконання методики проводиться за допомогою спеціальних "ключів". При збігу з ключем нараховується 1 бал.

Назва шкал	Відповіді	Порядкові номери висловлювань, відповідних шкалі
Шкала щирості	ні (-)	1,6,10,12,15,19,21,26,33,38,44,49,52,58,61
Шкала нервно-психичної стійкості	так (+)	2,3,5,7,9,11,13,14,16,18,20,22,25,27,28,29,31,32,34,36,37,39,40,42,43,45,47,48,51,53,54,56,57,59,60,62,63,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86
	ні (-)	4,8,17,24,30,35,41,46,50,55,64

Обробку починають з шкали щирості, яка використовується для оцінки достовірності відповідей. «Ключ» накладається на заповнений реєстраційний бланк, після чого підраховується кількість мінусів, які видно через прорізи в «ключі». Отримане число відповідає значенню шкали щирості в балах. Якщо респондент отримав 10 і більше балів, то використовувати дані анкети не рекомендується, а причини нещирості слід з'ясувати в процесі бесіди, з подальшим виведенням про рівень нервово-психічної стійкості.

Потім підраховується кількість збігів з «ключем» по шкала нервово-психічної стійкості. Кількість отриманих балів переводять в стени.

Таблиці переведення "сирх" балів в стени

Первинні показники за шкалою НПС	41 і більше	40-35	34-29	28-21	20-16	15-10	9-6	5-4	3-2	1-0
Стени	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Характеристика рівнів нервово-психічної стійкості

1-2 стени – незадовільна нервово-психічна стійкість;

3-5 стени – незадовільна нервово-психічна стійкість;

6-8 стени – добра нервово-психічна стійкість;

9-10 стени – висока нервово-психічна стійкість

Додаток А.6

Коротка форма оцінки здоров'я (MOS SF-36)

Інструкція. Даний опитувальник включає запитання, які стосуються Вашого здоров'я та здоров'я Вашої дитини. Будь ласка, дайте відповідь на кожне запитання. Якщо Ви не впевнені як відповісти на запитання, будь ласка, виберіть таку відповідь яка найбільш точно відображає Вашу думку.

1. а) В цілому Ви б оцінили стан Вашого здоров'я як (обведіть одну цифру):

Відмінне.....1
 Дуже добре.....2
 Добре.....3
 Посереднє.....4
 Погане.....5

1. б) В цілому Ви б оцінили стан здоров'я Вашої дитини як (обведіть одну цифру):

Відмінне.....1
 Дуже добре.....2
 Добре.....3
 Посереднє.....4
 Погане.....5

2. Як Ви оцінюєте здоров'я Вашої дитини зараз у порівнянні з тим, що було рік назад? (обведіть одну цифру) :

Значно краще, ніж рік тому 1
 Дещо краще, ніж рік тому 2
 Приблизно так само, як рік тому3
 Дещо гірше, ніж рік тому 4
 Набагато гірше, ніж рік тому5

3. Чи бувало так, що за останні 4 тижні фізичний стан Вашої дитини викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичній повсякденній діяльності, внаслідок чого (обведіть одну цифру в кожному рядку):

		Так	Ні
А	Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи	1	2
Б	Виконали менше, ніж хотіли	1	2
В	Ви були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності	1	2
Г	Були труднощі при виконанні своєї роботи чи інших справ	1	2

4. Чи бувало так, що за останні 4 тижні через хворобу Вашої дитини Ваш емоційний стан викликав труднощі у у Вашій роботі або іншій звичній повсякденній діяльності, внаслідок чого (обведіть одну цифру в кожному рядку):

		Так	Ні
А	Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи	1	2
Б	Виконали менше, ніж хотіли	1	2
В	Виконали менше, ніж хотіли Виконували свою роботу або інші справи не так акуратно, як зазвичай	1	2

5. Наскільки Ваш фізичний або емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав Вам проводити час з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі? (обведіть одну цифру)

Зовсім не заважав 1
 Трошки 2
 Помірно 3
 Сильно 4
 Дуже сильно 5

6. Як Ви вважаєте наскільки сильну фізичну біль відчувала Ваша дитина за останні 4 тижні? (обведіть одну цифру)

Зовсім не відчував (ла) 1
 Дуже слабку 2
 Слабку 3
 Помірно 4
 Сильну 5
 Дуже сильно 6

7. В якій мірі хвороба дитини протягом останніх 4 тижнів заважала Вам займатися Вашою нормальною роботою, включаючи роботу поза домом і по дому? (обведіть одну цифру)

Зовсім не заважала 1
 Трошки 2
 Помірно 3
 Сильно 4
 Дуже сильно 5

9. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували і яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, що найбільше відповідає Вашим відчуттям. Як часто протягом останніх 4 тижнів (обведіть одну цифру в кожному рядку):

		Весь час	Велику частину часу	Часто	Іноді	Рідко	Жодного разу
А	Ви відчували себе бадьорим (ою)?	1	2	3	4	5	6
Б	Ви сильно нервували?	1	2	3	4	5	6
В	Ви відчували себе таким (ою) пригніченим (ой), що ніщо не могло Вас підбадьорити?	1	2	3	4	5	6
Г	Ви відчували себе спокійним (ою) і умиротвореним (ою)?	1	2	3	4	5	6
Д	Ви відчували себе сповненим (ою) сил і енергії?	1	2	3	4	5	6
Е	Ви відчували себе сумним(ою) і що Ви «впали духом»?	1	2	3	4	5	6
Ж	Ви відчували себе змученим (ою)?	1	2	3	4	5	6
З	Ви відчували себе щасливим (ою)?	1	2	3	4	5	6
И	Ви відчували себе щасливим (ою)?	1	2	3	4	5	6

10. Як часто в останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми? Наприклад, відвідувати родичів, друзів і т.п. (обведіть одну цифру)

- Весь час 1
 Велику частину часу 2
 Іноді 3
 Рідко 4
 Жодного разу 5

11. Наскільки ВІРНИМ чи НЕВІРНИМ представляється по відношенню до Вас кожне з нижче перерахованих тверджень? (обведіть одну цифру в кожному рядку)

		Безперечно вірно	В основному вірно	Не знаю	В основному не вірно	Безперечно не вірно
А	Мені здається, що моя дитина більше схильна до захворювань, ніж інші	1	2	3	4	5
Б	Здоров'я моєї дитини не гірше ніж у дітей більшості моїх знайомих	1	2	3	4	5
В	Я очікую, що здоров'я моєї дитини погіршиться	1	2	3	4	5
Г	У моєї дитини відмінне здоров'я	1	2	3	4	5

Ключ до опитувальника оцінки здоров'я (MOS SF-36)

Формула обчислення значень: (реальне значення показника - мінімально можливе значення показника) : (можливий діапазон значень) * 100. Таким чином, значення кожної шкали зміниться від 0 до 100.

Шкала	Номер пункта	Мінімальне значення	Діапазон значень
Фізичне функціонування (PF)	3	10	20
Рольове функціонування (RP)	4	4	4
Біль (BP)	7, 8	2	10
Загальне здоров'я (GH)	1, 11	5	20
Життєздатність (VT)	9(а,д,ж,и)	4	20
Соціальне функціонування (SF)	6, 10	2	8
Емоційне функціонування (RE)	5	3	3
Психологічне здоров'я (MH)	9(б,в,г,е,з)	5	25

У пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – проводиться обернене обчислення значень.

Додаток А.7

Шкала депресії Бека

Інструкція: Даний опитувальник містить 21 групу тверджень. Будь-ласка, прочитайте уважно кожен групу тверджень і виберіть у кожній групі одне твердження, яке найкраще описує те, як Ви себе почували сьогодні та протягом останніх двох тижнів. Обведіть номер обраного твердження. У випадку, якщо кілька тверджень з однієї групи, на Ваш погляд, однаково добре описують Ваш стан, тоді обведіть найбільший із номерів таких тверджень. Переконайтесь, що Ви не обрали більше, ніж одне твердження в кожній групі, в тому числі у пункті 16 (зміни тривалості сну) і пункті 18 (зміни апетиту).

1. Сум, смуток

- 0 Я не відчуваю засмученою, сумною.
- 1 Я сумна, засмучена вже впродовж тривалого періоду часу.
- 2 Я постійно сумна, засмучена.
- 3 Я настільки засмучена і нещасна, що не можу це витримати.

2. Песимізм.

- 0 Я не переживаю за своє майбутнє.
- 1 Я більш зневірена у своєму майбутньому, ніж це було раніше.
- 2 Я усвідомлюю, що мене нічого хорошого не очікує в майбутньому.
- 3 Моє майбутнє видається мені безнадійне і все буде тільки погіршуватись.

3. Минулі невдачі

- 0 Я не відчуваю невдахою.
- 1 Я зазнавала невдач у багатьох важливих для мене справах.
- 2 Коли я згадую минуле, я бачу у ньому безліч моїх невдач.
- 3 Я усвідомлюю, що як особистість – я повна невдаха.

4. Втрата задоволення

- 0 Від улюблених справ я отримую стільки ж задоволення, як і раніше.
- 1 Я не можу насолоджуватись справами і речами так, як було раніше.
- 2 Я отримую дуже мало задоволення від справ та речей, які були колись моїми улюбленими.
- 3 Я не можу отримати жодного задоволення від колись улюблених справ та речей.

5. Почуття провини

- 0 Я не відчуваю у чомусь винною.
- 1 Я відчуваю винуватою за багато із тих дій, що були мною зроблені і обіцянок, які не були мною виконані.
- 2 Я відчуваю себе винуватою майже завжди.
- 3 Я постійно відчуваю винуватою.

6. Очікування покарання

- 0 Я не вважаю, що можу бути за що-небудь покараною.
- 1 Я відчуваю, що, можливо, буду покараною.
- 2 Я очікую, що буду покараною.
- 3 Я відчуваю себе покараною.

7. Неприязнь до себе

- 0 Я завжди відчуваю впевнено.
- 1 Я втратила впевненість у собі.
- 2 Я розчарувалась в собі.
- 3 Я не люблю себе.

8. Самозасудження, самокритика

- 0 Я не критикую та не звинувачую себе біль-ше, ніж зазвичай.
- 1 Я ставлюсь до себе більш осудливо, ніж це було раніше.
- 2 Я критикую та осуджую себе за всі мої по-милки.
- 3 Я звинувачую себе за все погане, що відбува-ється.

9. Суїцидальні думки чи наміри

- 0 Я ніколи не мала наміру здійснити самогубс-тво.
- 1 Іноді я думаю про самогубство, але не маю наміру його здійснити.
- 2 Я хотіла б покінчити зі своїм життям.
- 3 Я б вчинала самогубство, якщо б трапилась зручна нагода.

10. Плач

- 0 Я плачу не частіше, ніж зазвичай.
- 1 Я плачу частіше, ніж зазвичай.
- 2 Я плачу через кожну дрібницю.
- 3 Мені хочеться плакати, але я не можу.

11. Ажитация

- 0 Я не більш схвильована чи занепокоєна, ніж зазвичай.
- 1 Я відчуваю себе більш схвильованою чи за-непокоєною, ніж зазвичай.
- 2 Я настільки схвильована чи стривожена, що мені важко залишатись на одному місці.
- 3 Я настільки схвильована чи стривожена, що я мушу продовжувати рухатись чи щось роби-ти.

12. Втрата інтересу

- 0 Я не втратила інтересу до інших людей чи справ.
- 1 Я дещо менше цікавлюся іншими людьми чи справами, ніж це було раніше.
- 2 Я майже втратила інтерес до інших людей чи справ.
- 3 У мене важко викликати цікавість до чого-небудь.

13. Нерішучість

- 0 Я така ж рішуча, як і завжди.
- 1 Приймати рішення мені важче, ніж зазвичай.
- 2 У прийнятті рішень в мене набагато більше труднощів, ніж було у минулому.
- 3 Я маю значні проблеми із ухваленням, при-йняттям будь-яких рішень.

14. Нікчемність

- 0 Я не вважаю себе нікчемною і ні на що не здатною.
- 1 Я не вважаю себе успішною і здібною до чогось, як це було раніше.
- 2 При порівнянні з іншими людьми, я відчуваю-юсь більш нікчемною, ні на що не здатною.
- 3 Я відчуваюсь абсолютно ні на що не здатною.

15. Відсутність енергії

- 0 Я настільки ж енергійна, як і раніше.
- 1 Я менш енергійна, ніж це було колись.
- 2 Я не відчуваю достатньо енергії, щоб вико-нати більшість необхідних справ.
- 3 Я не відчуваю достатньо енергії, щоб вико-нати будь-яку роботу.

16. Зміни тривалості сну

- 0 Я не помічала жодних змін у тривалості мого сну.
- 1а Я сплю дещо більше, ніж зазвичай.
- 1б Я сплю дещо менше, ніж зазвичай.
- 2а Я сплю набагато більше, ніж зазвичай.
- 2б Я сплю набагато менше, ніж зазвичай.
- 3а Я сплю більшу частину дня.

36 Я прокидаюсь на 1-2 години раніше і більше не можу заснути.

17. Роздратованість

- 0 Я не більш роздратована, ніж зазвичай.
- 1 Я більш роздратована, ніж зазвичай.
- 2 Я набагато більш роздратована, ніж зазвичай.
- 3 Я постійно роздратована.

18. Зміни апетиту

- 0 Я не помічаю жодних змін в своєму апетиті.
- 1a Мені хочеться їсти дещо менше, ніж зазвичай.
- 1b Мені хочеться їсти дещо більше, ніж зазвичай.
- 2a Мені хочеться їсти значно менше, ніж зазвичай.
- 2b Мені хочеться їсти значно більше, ніж зазвичай.
- 3a Мені зовсім нічого не хочеться їсти.
- 3b Я весь час хочу їсти.

19. Труднощі зосередження уваги

- 0 Я можу бути настільки ж зосередженою, як і раніше.
- 1 Я не можу бути настільки зосередженою, як це було раніше.
- 2 Мені важко думати про що-небудь тривалий час.
- 3 Я помітила, що майже зовсім не можу зосередитись на чому-небудь.

20. Втома

- 0 Я не більше втомлена, ніж зазвичай.
- 1 Я більш втомлена, ніж зазвичай.
- 2 Я надто втомилась, щоб зробити більшу частину із тих справ, які я робила раніше.
- 3 Я надто втомилась, щоб зробити хоча б частину із тих справ, які я робила раніше.

21. Втрата інтересу до сексу

- 0 Я не вважаю, що в мене зменшився інтерес до сексу.
- 1 Я менше цікавлюсь сексом, ніж у минулому.
- 2 Я цікавлюсь сексом значно менше, ніж раніше.
- 3 Я повністю втратила інтерес до сексу.

Ключ до шкали депресії Бека

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до наростанням тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 63 і знижується відповідно до поліпшенням стану.

Результати тесту інтерпретуються наступним чином:

- 0-13 - варіації, які вважаються нормою
- 14-19 - легка депресія
- 20-28 - помірна депресія
- 29-63 - важка депресія

Додаток А.8

Шкала безнадійності Бека

Інструкція. Нижче наводиться 20 тверджень про Ваше майбутнє. Будь ласка, прочитайте уважно кожне і відзначте одне вірне твердження, яке найбільш точно відображає Ваші почуття в даний час. Обведіть слово ВІРНО якщо Ви згодні з твердженням або слово НЕВІРНО, якщо Ви не згодні. Серед тверджень немає правильних або неправильних. Будь ласка, обведіть Вірно чи невірно для всіх тверджень. Не витрачайте занадто багато часу на одне твердження.

№	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я дивлюся в майбутнє з надією та ентузіазмом
02	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Мені пора здатися, тому що я нічого не можу змінити на краще
03	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди
04	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я не можу уявити, яким буде моє життя через 10 років
05	ВІРНО	НЕ ВІРНО	У мене достатньо часу щоб встигнути зробити те, що для мене найбільш важливо
06	ВІРНО	НЕ ВІРНО	У майбутньому, я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається
07	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Моє майбутнє здається мені темним
08	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я вважаю, що у мене в житті буде більше хорошого, ніж у середньої людини
09	ВІРНО	НЕ ВІРНО	У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з'являться в майбутньому
10	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Мій минулий досвід добре мене підготував до майбутнього
11	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Все, що я бачу попереду - скоріше, неприємності, ніж радості
12	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я не сподіваюся досягти того, чого дійсно хочу
13	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливіше, ніж я є зараз
14	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Нічого вжитті не складається так як я хочу
15	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я сильно вірю в своє майбутнє
16	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому нерозумно що-небудь хотіти
17	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Дуже мало ймовірно, що я буду задоволений(-на) своїм майбутнім
18	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Моє майбутнє здається мені розпливчастим і невизначеним
19	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Я очікую від майбутнього більше хорошого ніж поганого
20	ВІРНО	НЕ ВІРНО	Марно намагатися отримати те, що я хочу, тому, що, ймовірно, я не доб'юся цього

Ключ до шкали безнадійності Бека

Шкала безнадійності Бека (BHS) складається з двадцяти тверджень. При відповіді респондент висловлює свою згоду або незгоду з кожним твердженням відповідно до запропонованими варіантами відповіді затвердженого приписується значення в балах, рівне числовому значенню відповіді у бланку відповідей. Ряд пунктів підраховується в зворотних значеннях.

Ключ:

№	Відповідь	Бал	№	Відповідь	Бал
1	НЕВІРНО	1	11	ВІРНО	1
2	ВІРНО	1	12	ВІРНО	1
3	НЕВІРНО	1	13	НЕВІРНО	1
4	ВІРНО	1	14	ВІРНО	1
5	НЕВІРНО	1	15	НЕВІРНО	1
6	НЕВІРНО	1	16	ВІРНО	1
7	ВІРНО	1	17	ВІРНО	1
8	НЕВІРНО	1	18	ВІРНО	1
9	ВІРНО	1	19	НЕВІРНО	1
10	НЕВІРНО	1	20	ВІРНО	1

Інтерпретація:

0-3 бали - безнадія не визначена;

4-8 балів - безнадія легка;

9-14 балів - безнадія помірна;

15-20 балів - безнадія важка.

Додаток Б
Матеріали до програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я
дітей, хворих на епілепсію
Додаток Б.1

Блок I

Заняття № 1

Мета: Оптимізація ціннісно-мотиваційного компоненту ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного віку.

Обладнання: стікери, ручки, олівці, маркери, фліпчарт.

Хід заняття

1. Вправа «Знайомство»

Мета: Познакомити учасників один із одним, створити позитивний емоційний клімат у групі

Інструкція: Діти сідають у коло. Психолог вітає всіх із початком роботи й пропонує кожному по черзі назвати своє ім'я й те, що він любить на першу літеру свого імені. Наступний учасник має повторити тек що сказав попередній, третій – те що сказали двоє попередніх дітей і власний варіант і т. д.

2. Вправа «Мішок щастя»

Мета: Формувати в учасників усвідомлення життєвих цінностей як основи бачення власної життєвої перспективи.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику на стікері написати те, що на його думку, потрібно, щоб бути щасливим. Усі учасники по черзі зачитують свої відповіді й приклеюють стікери на фліпчарт, де намальований «Мішок щастя».

Питання для обговорення:

- Чи було важко виконати завдання?
- Що з указаного вами залежить від вас, а що від інших людей?
- Чи можна бути щасливим, не будучи здоровим?

3. Вправа «Космічний корабель»

Мета: Сприяти формуванню відповідальності за своє здоров'я.

Інструкція: Учасників поділяють на пари, кожна пара – це космічний корабель. Діти стають одне за одним. Перша дитина в парі – «корабель», друга – «пілот» корабля. «Пілот» кладе руки на плечі «корабля». «Корабель» заплющує очі й витягує руки вперед – це пристрій для стикування з іншим «кораблем». Завдання «пілота» — мовчки керувати

«кораблем» (важелі керування – плечі партнера) й здійснити стикування з іншим «кораблем». Завдання «корабля» – постаратися цілком підкоритися «пілоту».

Питання для обговорення:

– Як ви почували себе в ролі «корабля» й «пілота»?

– Хто виконує роль «пілота» у вашому житті, в ситуаціях, пов'язаних із здоров'ям?

4. Вправа «Що таке відповідальність»

Мета: Усвідомлення цінності свого здоров'я й прийняття особистої відповідальності за нього.

Інструкція: Психолог розказує учасникам що таке здоровий спосіб життя й акцентує увагу учасників на вказаному в наведеному визначенні понятті «відповідальне ставлення». Психолог запитує учасників, як вони розуміють поняття «відповідальність». На фліпчарті психолог по вертикалі пише «відповідальність», і навпроти кожної літери записує відповідне слово.

Інформаційне повідомлення

Здоров'я – одна з найбільших людських цінностей. Відповідальне ставлення до його збереження й покращення – найкраще, що особистість може для себе зробити.

Здоровий спосіб життя – це усвідомлене, відповідальне, активне ставлення до власного здоров'я, метою якого є формування, збереження і зміцнення всіх складників здоров'я.

Академічний тлумачний словник української мови дає таке визначення відповідальності:

«Відповідальність – покладений на когось або взятий на себе обов'язок відповідати за певну ділянку роботи, справу, за чийсь дії, вчинки, слова».

Якщо розшифрувати по буквам це поняття, то ми отримаємо такі ключові слова: ВІ – володіти інформацією, Д – думати, П – приймати рішення, О – освіта, В – вибір, І – індивідуальність, Д – діяти, А – активність, Л – любов до себе, інших, світу, Н – незалежність, І – інтелект, С – сприяти, Т – творити.

Ці ключові слова виражають ті умови, за яких людина може бути відповідальною. Тобто людина бере на себе відповідальність, коли вона володіє інформацією, з любов'ю ставиться до себе, особистого здоров'я, інших, володіє навичками прийняття рішень, займає активну позицію.

5. Вправа «Підсумки»

Мета: Рефлексія учасниками індивідуальної роботи.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику по черзі висловити свої думки стосовно заняття, продовжуючи фразу «На цьому тренінгу я дізнався або дізналася про...»

Заняття № 2

Мета: Оптимізація когнітивного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного віку.

Обладнання: написані на аркуші заповіді здоров'я.

Хід заняття

1. Вправа «Я цікавий тим, що...»

Мета: Організувати учасників до роботи, створити дружні взаємини в групі; розвинути навички самопізнання й самопрезентації.

Інструкція: Кожен учасник по черзі називає своє ім'я й продовжує фразу «Я цікавий тим, що...»

2. Вправа «Пантоміма»

Мета: Удосконалити знання про способи підтримки й покращення здоров'я.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам за допомогою пантоміми показати одну з написаних на аркуші заповідей здоров'я. Після трьох хвилин підготовки учасники по черзі демонструють заповіді, а інші її відгадують. Учасники отримують такі заповіді:

- 1) «ні» поганим звичкам;
- 2) загартовуйся;
- 3) веді активний спосіб життя;
- 4) май мету;
- 5) допомагай іншим;
- 6) роби добро;
- 7) радій, що ти живеш;
- 8) живи в злагоді з самим собою;
- 9) умій сказати «ні»;
- 10) не нашкодь собі та іншим.

3. Вправа «Камінці»

Мета: Самопізнання, усвідомлення дій, які шкодять здоров'ю.

Інструкція: Діти сідають у коло, психолог пропонує їм уявити що відбувається, коли у взуття потрапляє камінчик.

Інформаційне повідомлення

Спочатку вам цей камінчик не дуже заважає і ви залишаєте все, як є. Але через деякий час ви помітите, що вам боляче. Коли ви все-таки знімете взуття й витрусите камінець, на нозі можете побачити рану і, здавалося б, маленька проблема стає великою проблемою.

Коли м виконуємо дії, не звертаємо належної уваги на своє здоров'я, то спочатку це сприймаємо як маленький камінчик у взутті. Якщо ми вчасно подбаємо про те, щоб витягнути його звідти, то нога буде неушкодженою, якщо ні – можуть виникнути чималі проблеми. Те саме й із нашим здоров'ям. Тому всім – як дорослим, так і дітям – потрібно вчасно говорити про те, що викликає в них дискомфорт, старатися не допустити «попадання камінців у взуття».

Пропоную вам уявити, що камінцями є все те, що шкодить вашому здоров'ю, це можуть бути неправильні дії, нехтування рекомендацій лікарів і інше. Що може бути такими камінцями у нашому житті? Які наслідки носіння камінців.

4. Вправа «Я не хочу бути...»

Мета: Зменшити використання частки «не», навчитися правильно програмувати своє майбутнє.

Інструкція: Учасникам пропонують скласти список 10 своїх бажань – якими вони не хочуть бути. Після виконання цього завдання потрібно перефразувати свої твердження.

Інформаційне повідомлення

Ваше твердження, яке звучить, наприклад, так: «Я не хочу хворіти», містить частку «не» і викликає відчуття обмеження ваших можливостей, невизначеність намірів, якими ви прагнете стати. Таким чином, ви відсікаєте від себе успіх і програмуєте навпаки. Щоб цього не сталося, перефразуйте свої твердження в позитивні без частки «не», наприклад, «Я хочу бути здоровим».

5. Вправа «Теплий дощ»

Мета: Забезпечити позитивний зворотній зв'язок між учасниками групи, усвідомити індивідуальні досягнення учасників.

Інструкція: Кожен учасник сідає на крісло спиною до інших учасників, які влаштовують йому «теплий дощ», висловлюючись про його сьогоднішню роботу. Важливо, щоб сказане учасниками, опиралося на реальні події заняття та мало позитивний характер [33, с. 137].

Заняття № 3

Мета: Оптимізація емоційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного віку.

Обладнання: плакат «Правила групи», аркуші паперу А4, фарби, пензлики, олівці, маркери, ручки, фліпчарт.

Хід заняття

1. Вправа «Сигнал»

Мета: Налаштувати учасників на увагу одне до одного, створити дружні взаємини в групі.

Інструкція: Учасники стають у коло й беруть один одного за руки. Хтось, легко стискаючи руку, посилає сигнал у вигляді послідовності швидких і повільних стискань. Сигнал передають по колу, поки не повернеться до автора.

2. Вправа «Емоції в нашому житті»

Мета: Ознайомити учасників з темою й метою заняття, навчитися усвідомлювати значення емоцій для здоров'я.

Інструкція: Психолог пропонує дітям уявити себе людиною без емоцій, яка не може ні посміхатися, ні плакати, яку нічого не дивує.

Кожен учасник відповідає на запитання:

- Чи сподобалося йому (їй) таке життя?
- Що сталося б із здоров'ям?
- Для чого потрібні емоції?

3. Вправа «Колір мого настрою»

Мета: Навчитися усвідомлювати свої емоції, аналізувати свій настрій.

Інструкція: Кожен учасник отримує два чисті аркуші паперу та фарби. Один аркуш дитина зафарбовує в колір, що відповідає настрою в стані здоров'я, а інший – настрою в стані погіршення здоров'я.

Усі учасники показують свої малюнки, група визначає який колір переважає і які схожі емоції вони переживають.

4. Вправа «Впізнай емоцію»

Мета: Навчитися розпізнавати емоції, спостерігати за зовнішніми виявами емоційних переживань.

Інструкція: Психолог пошепки говорить кожній дитині емоцію, яку вона повинна відтворити за допомогою рухів тіла, міміки та жестів, не використовуючи звуки й слова, а решта вгадує емоцію. Причому емоції відповідають тим, які діти вказували в попередній вправі.

Під час обговорення учасники відповідають на запитання:

- Коли людина переживає приємні емоції, а коли неприємні?
- Як впливає стан здоров'я на емоції і навпаки?
- Чи завжди ваші емоції правильно розуміють інші люди?

4. Вправа «Порада»

Мета: Сприяти засвоєнню навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам уявити себе мудрецами, до яких звертаються за порадою: «Як упоратися зі злістю».

Учасники діляться на 3 команди й складають правила гарного настрою. Після презентації всіх команд психолог доповнює правила інформаційним повідомленням про способи контролю емоцій.

Інформаційне повідомлення

- 1) зробіть ранкову зарядку;
- 2) погляньте на себе в дзеркало й посміхніться;

- 3) скажіть собі, що ви найкрасивіші, найуспішніші, і у вас все вийде;
- 4) побажайте всім доброго настрою і гарного дня
- 5) зателефонуйте друзі;
- 6) якщо у вас поганий настрій, по допомогу до друзів, батьків або близьких, не тримайте в собі негативні почуття;
- 7) якщо вас усе-таки переповнюють негативні емоції й ви не знаєте, як їх позбутися, спробуйте пожартувати над собою, скажіть собі: «Це не варте здоров'я».

5. Вправа «Портрет сміливої людини»

Мета: Знизити рівень тривожності; усвідомити свій ідеал і зробити його більш реальним ы досяжним.

Інструкція: Психолог просить учасників уявити собі образ сміливої людини й задає запитання: «Як вона виглядає? Як ходить? Як спілкується з іншими людьми? Як діє в складних ситуаціях?» Коли картинка виникне в фантазії, психолог пропонує відобразити її на аркуші паперу та дати їй ім'я .

Далі відбувається обговорення отриманих малюнків. Під час обговорення учасники відповідають на запитання:

– Чи бувають у цієї людини тривоги або страхи?

У разі негативної відповіді, задають навідні запитання, й дитина має дійти висновку, що не буває людей, які нічого не бояться. А сміливою людиною є та, яка може впоратися зі своєю тривогою й страхами. Щоб діти дійшли такого висновку, їм варто відповісти на запитання, на кшталт: «Якщо це жива людина, то напевно вона буває втомлена або хвора. Чи може вона в ці хвилини бути такою самою сміливою?» Психолог цікавиться тим, як вона любить проводити вільний час, з ким дружить і т.д.

Коли образ стане реальнішим для дитини, психолог запитує: «А чим ти схожий (схожа) з цією сміливою людиною?».

Примітка. Можна запропонувати дитині поговорити з цією людиною. Говорити за обох буде сама дитина, сидячи на своєму стільці (коли відповідає за себе) й пересідаючи на порожній стілець (коли повинна відповідати «Смілива людина»).

6. Вправа «Побажання»

Мета: Закріпити отримані на занятті позитивні емоції.

Інструкція: Кожен учасник говорить побажання своєму сусідові зліва, продовжуючи фразу «Я бажаю тобі сьогодні...»

Заняття № 4

Мета: Оптимізація поведінкового компоненту ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, молодшого шкільного віку.

Обладнання: фліпчарт, аркуш паперу, олівці, ручки, фломастери.

1. Вправа «Привітайся, але не повторися»

Мета: Створити дружню, доброзичливу атмосферу, налаштувати учасників на позитивний настрій.

Інструкція: Дітям необхідно стати в коло та привітатися з учасниками, але привітання не повинні повторювати. Можна використовувати слова, жести, елементи танцю та ін.

2. Вправа «Чистий аркуш»

Мета: Сформувати уявлення про незворотність наслідків дій стосовно здоров'я.

Інструкція: Психолог по черзі дає учасникам аркуш чистого паперу, на якому пропонує кожному поставити якийсь знак, букву або щось намалювати. Для цього завдання діти на вибір можуть використовувати олівці, ручки, фломастери. Після виконання всіма завдання, психолог запитує учасників про те, що сталося з аркушем. Психолог пояснює, в цьому разі, аркуш символізує здоров'я, а те що на ньому намальоване – це дії людини стосовно власного здоров'я. Психолог пропонує учасникам витерти свої малюнки і повернути листок у початковий стан.

3. Вправа «Яка поведінка сприяє здоров'ю, а яка не сприяє?»

Мета: Розвинути уявлення про наслідки власної поведінки для здоров'я, сформувати установку про значущість своєї особистості для збереження здоров'я.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам відповісти на запитання:

1. Як слід поводитись людині, яка прагне зберегти своє здоров'я та здоров'я інших людей?

2. Яка поведінка, дії і вчинки людини не сприяють здоров'ю, є шкідливими для здоров'я власного й інших людей?

У дві колонки записують усі пропозиції учасників відповідно до кожного запитання. Підсумовуючи, психолог підкреслює, що здоров'я істотно залежить від власних дій людини.

4. Вправа «Все в твоїх руках»

Мета: Розвиток відповідальності за своє здоров'я та усвідомлення власної значущості для прийняття життєво важливих рішень.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам послухати притчу та дати відповіді на запитання.

Інформаційне повідомлення

Давним-давно в старовинному місті жив Майстер, до якого регулярно навідувалися учні. Найздібніший із них одного разу задумався: «А чи є питання, на яке наш Майстер не зміг би дати відповідь?»

Він пішов на квітучий луг, піймав найкрасивішого метелика й сховав його між долонями. Метелик чіплявся лапками за його руки, і учневі було лоскотно. Посміхаючись, він підійшов до Майстра й запитав:

– Скажіть, який метелик у мене в руках: живий чи мертвий?

Він міцно тримав метелика в зімкнутих долонях і був готовий будь-якої миті стиснути їх заради своєї істини.

Не дивлячись на руки учня, Майстер відповів:

– Все в твоїх руках.

Запитання для обговорення:

– Чого навчила вас ця притча?

– Чи можна сказати, що ваше здоров'я у ваших руках?

5. Вправа «Багаж у дорогу»

Мета: Пошук і усвідомлення сильних якостей, розкриття внутрішніх ресурсів.

Інструкція: Перед усіма сучасниками кладуть крісло, кожен гравець по черзі сідає на нього так, щоб бути оберненим спиною до групи. Іншим учасникам пропонують зібрати йому багаж. Але до багажу кладуть не речі, а особистісні якості цієї дитини, які допоможуть їй у житті. Важливо називати ті якості, які справді є в цієї дитини.

Запитання для обговорення:

– Чи цей багаж знадобиться вам у житті?

– Як цей багаж допоможе вам покращити своє здоров'я?

Блок II

Заняття № 1

Мета: Оптимізація ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, підліткового віку.

Обладнання: м'яч, карточки з колами-циферблатами, аркуші паперу, на яких записані життєві цінності, ручки, маркери, фліпчарт.

1. Вправа «Тік-так»

Мета: Створення сприятливих умов для знайомства дітей: дружньої атмосфери, веселого настрою.

Інструкція: Всім учасникам пропонують дізнатися імена своїх сусідів справа та зліва. Після цього психолог підходить до будь-кого з учасників і промовляє «Тік» або «Так» і рахує до 5. Дитина, до якої звертався психолог, повинна встигнути назвати ім'я сусіда справа (при «так»), зліва (при «тік»).

2. Вправа «Цінність здоров'я»

Мета: Сформувати в учасників усвідомлення цінності власного здоров'я як нематеріального блага.

Інструкція: Психолог пропонує підліткам послухати притчу. Кожен учасник дає відповіді на запитання.

Інформаційне повідомлення

Кожному від народження дають найцінніший дар – життя. І найдорожче, що є в житті, – це здоров'я. Але, хоч як не дивно, люди дуже легковажно можуть ставитися до здоров'я, особливо молодь. Не вміють його берегти й вести здоровий спосіб життя. Про це є цікава притча.

Один бізнесмен нагромадив великий капітал, який становив 3 млн доларів. Він вирішив, що візьме собі рік відпустки, щоб удосталь відпочити. Але не встиг прийняти рішення, як його відвідав Янгол Смерті. Бізнесмен дуже злякався й вирішив будь-що вмовити Янгола Смерті продати йому трохи часу.

Продай мені 3 тижні життя і я віддам тобі третину свого капіталу – 1 млн доларів, – запропонував бізнесмен. Але Янгол Смерті відмовив.

– Гаразд, залиши мені два тижні життя... Я віддам тобі дві третини своїх грошей, а це аж 2 млн. доларів. Янгол знову відмовив.

– Продай мені тільки один день, щоб я зміг насолодитися красою цієї землі, обійняти дружину, дітей, яких давно не бачив... Я віддам тобі все, що маю, — 3 млн. доларів. Янгол Смерті відмовив.

– Тоді чоловік запитав, чи може Янгол Смерті дати йому кілька хвилин, щоб він зміг написати прощального листа? Янгол погодився. Чоловік написав: «Правильно використовуйте час, який вам відведено на життя. Я не зміг купити навіть години за 3 млн. доларів. Перевірте, чи все, що вас зараз оточує, справді має цінність? Бережіть здоров'я, бережіть життя! Живіть правильно!».

Запитання для обговорення:

– Чому була цікава для вас ця притча?

– Чому здоров'я не можна купити за гроші?

3. Вправа «Циферблат життя»

Мета: Навчитися виділяти життєві цілі й мотиви збереження здоров'я.

Інструкція: Кожен учасник отримує карточку з колом-циферблатом, на якому цифри позначають не час, а роки нашого життя. На циферблаті підлітки позначають свій вік і малюють скільки хочуть прожити. Психолог наголошує на тому, що важлива не лише тривалість життя, а й його якість. Психолог запитує учасників про те якими вони будуть через 5, 10, 15, 20 років. Відповіді записують на циферблаті. Підліткам пропонують продовжити фразу «Я хочу бути...»

Запитання для обговорення:

– Що у вас вийшло?

– Чи хочете ви бути здоровими?

– Як ця вправа допоможе у вашому житті?

4. Вправа «Вибір цінностей»

Мета: Усвідомлення власної системи цінностей.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам зорієнтуватися у власній системі цінностей. Для цього кожен учасник отримує аркуш паперу, на якому записано 10 життєвих цінностей (здоров'я, самовдосконалення, цікава робота, щасливе сімейне життя, матеріально забезпечене життя, активне, сповнене діяльністю життя, вірні друзі, кохання, свобода, краса й мистецтво), такі самі цінності записані на фліпчарті. Учасники обирають від 3 до 5 найважливіших для себе цінностей. Психолог підраховує кількість виборів кожної цінності і записує це на фліпчарті.

Запитання для обговорення:

- Чи важко було зробити вибір?
- Чому ваші цінності відрізняються від цінностей інших учасників?
- Які найпопулярніші цінності у нашій групі? Як ви думаєте, чому?

5. Вправа «Висловлення подяки»

Мета: Висловити дружні почуття й вдячність одне одному

Інструкція: Один з учасників стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Дякую за приємне заняття». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого й каже: «Дякую за приємне заняття» Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Усі тримають один одного за руки. Коли до групи приєднається останній учасник, коло замикається і заняття завершується оплесками.

Заняття № 2

Мета: Оптимізація когнітивного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, підліткового віку.

Обладнання: Фарби, ватмани, журнали, клей, ручки, кольорові олівці, маркери.

Хід заняття

1. Вправа «Настрій»

Мета: Емоційне налаштування учасників на спільну роботу в групі, створення дружніх взаємин.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику по черзі зайняти таку позу, яка відображає його настрій на теперішній момент. Уся група повторює цю позу.

Запитання для обговорення:

- Які емоції домінують сьогодні в групі?
- Як змінився настрій групи?

2. Вправа «Запитання – відповідь»

Мета: Стимулювати когнітивні процеси,

Інструкція: Психолог розподіляє учасників на 4 групи, кожна з яких відповідає на запитання:

Група 1. «Для чого нам здоров'я?»

Група 2. «Що заважає людям бути здоровими?»

Група 3. «Що шкодить здоров'ю?»

Група 4. «Від чого чи від кого залежить стан здоров'я?»

Після виконання завдання, міні група вибирає учасника, який презентує відповідь. Учасники з інших міні груп також можуть долучитися до дискусії.

Запитання для обговорення:

– Чи легко вам було впоратися з цим завданням?

– Від кого у вашому житті ви можете отримати відповіді на дані запитання?

– Які ще запитання стосовно здоров'я ви б хотіли обговорити тут?

3. Вправа «Колаж»

Мета: Сформувати хороший соціально-психологічний клімат за допомогою співробітництва всередині команд, покращити знання про чинники, які впливають на здоров'я.

Інструкція: Учасники діляться на дві команди, перша створює колаж на тему «Що сприяє здоров'ю», а інша – «Що шкодить здоров'ю». Кожна команда обирає з журналів картинки для конкретної теми й оформляє їх у цілісну композицію. Роботу можна доповнити коментарями та надписами, домальовувати елементи, зафарбовувати й декорувати порожнечі.

Після виконання завдання команда вибирає учасника, який презентує колаж.

4. Вправа «Життєво важливі рішення»

Мета: Усвідомити й осмислити життєвоважливі рішення, які впливають на здоров'я.

Інструкція: Після інформаційного повідомлення психолог пропонує учасникам записати на аркушах важливі рішення, які вони приймають у своєму житті, а потім відповісти на запитання про те, які з вказаних рішень впливають на здоров'я.

Інформаційне повідомлення

Кожного дня ви приймаєте рішення, робите вибір, все це веде до великої мети. Ключ до успіху – усвідомлення свого вибору. Рідко буває так, що є тільки один-єдиний спосіб досягнення мети. Усвідомлення того, що потрібно вибрати, дає можливість вирішувати, який саме вибір скоріше і ефективніше призведе до потрібної мети. Дуже важливо почувати відповідальність за своє життя та здоров'я, бути відповідальним у своїх діях. Намагайтеся поглянути на будь-яку ідею чи проблему з різних точок зору і різних перспектив. Існує

багато рішень однієї й тієї самої проблеми. Чим ширший погляд на неї, тим більше варіантів.

Для того, щоб вам легше ваші рішення позитивно впливали на здоров'я, пропоную вам дотримуватися таких правил:

- 1) майте реалістичні, а не песимістичні очікування;
- 2) розповідайте про свої думки та ідеї;
- 3) відкрито висловлюйте свої почуття;
- 4) прийміть своє здоров'я;
- 5) пізнавайте й пробуєте нові ситуації;
- 6) зосередьтеся на особистих перемогах;
- 7) не втрачайте надії.

5. Вправа «Визнання заслуг»

Мета: Рефлексія учасниками індивідуальної роботи та діяльності групи загалом; усвідомлення й осмислення власного досвіду.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам взяти участь у церемонії, присвяченій заслугам, які кожен учасник зробив для себе та для інших. Кожен учасник відповідає на запитання про те, що він сьогодні зробив для себе, а також які, на його думку, заслуги належать групі загалом.

Заняття № 3

Мета: Оптимізація емоційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, підліткового віку.

Обладнання: аркуші паперу формату А4 зі схематичним зображенням людського тіла, кольорові олівці, ручки, маркери, фліпчарт.

Хід заняття

1. Вправа «Побажання»

Мета: Налаштувати учасників на ситуацію «тут і тепер», активізувати групу.

Інструкція: Психолог пропонує почати роботу з висловлення один одному побажань на сьогодні. Побажання повинне бути коротким, висловленим одним словом. Учасник кидає комусь м'яч і одночасно висловлює своє побажання. Важливо, щоб м'яч побував у всіх.

2. Вправа «Я і мої емоції»

Мета: Розвинути емоційну самосвідомість, покращити емоційне реагування на своє здоров'я.

Інструкція: Психолог просить учасників дати відповідь на запитання, відповіді кожного записують на фліпчарті. У разі повторення відповідей, біля слова записує частоту повторення. Після того, як усі учасники висловлять свою думку, психолог підсумовує отримані результати й визначає ті, які вказували найчастіше.

Запитання для обговорення:

- Які емоції в моєму житті я відчуваю найчастіше?
- Чи розумію я що викликає певну емоцію?
- Які мої звичні способи переживання погіршення здоров'я?
- Які емоції покращують моє самопочуття?

Інформаційне повідомлення

Упродовж життя нас супроводжують різні емоції. Опинившись у конкретній ситуації, люди по-різному переживають те, що з ними відбувається. Але, разом з тим, у всіх вас є схожі або однакові емоційні переживання в ситуаціях здоров'я та його погіршення.

Зміна ставлення до епілепсії та її симптомів дає можливість активізувати резервні можливості вашого організму.

Для того, щоб покращити емоційне реагування на своє здоров'я ставте запитання і чесно розповідайте про свої проблеми або страхи людям, яким ви довіряєте. Напишіть список того, що робить вас щасливими, те, що вам подобається робити, що покращує ваш настрій і самопочуття, наприклад, прогулянка в парку, перегляд фільму, спілкування з другом. Слідкуйте за тим, щоб кожного дня у вашому житті було присутнє щось із цього списку.

3. Вправа «Фантом»

Мета: Навчитися спостерігати за своїм емоційним станом і визначати його детермінантами.

Інструкція: Кожен учасник отримує аркуш паперу формату А4 зі схематичним зображенням людського тіла і по одному олівцю синього, червоного, жовтого та синього кольорів. Психолог пропонує замальовувати частини тіла на малюнку наступним чином: чорним кольором ті місця, які реагують на відчуття страху, синім кольором – місця, які реагують на сум, жовтим – на радість, червоним – на злість.

Запитання для обговорення:

- Що ви думаєте і відчуваєте з приводу результату вашого малюнку?
- Який колір переважає на вашому аркуші? З чим це пов'язане?
- Чи впливають ваші емоційні реагування на стан здоров'я?

4. Вправа «Передай емоцію»

Мета: Розвинути здатність розпізнавати емоції, сприяти виробленню навичок контролю своїми емоціями.

Інструкція: Психолог пропонує всім учасникам стати в коло й без слів, за допомогою міміки та жестів, передає певну емоцію учасникові зліва. Далі за годинниковою стрілкою учасник передає наступному, й так до кожного.

Останній учасник у колі повідомляє яку саме емоцію він отримав. Вправу повторюють із різними емоціями кілька разів.

Запитання для обговорення:

- Що для вас було легшим: зрозуміти емоцію інших учасників чи виражати її без слів?
- Чи завжди ваші емоції правильно розуміють інші люди?

5. Вправа «Випадок, за який мені соромно»

Мета: покращити саморозуміння й самопізнання, навчитися поважати і приймати себе.

Інструкція: Цю вправу виконують письмово. Учасникам пропонують згадати випадок, за який вони досі відчують сором і який пов'язаний із неприємними переживаннями. Потрібно детально описати реальну ситуацію, коли підліток, на його думку, повів себе неправильно. Після написання міні-творів, учасники великими буквами внизу пишуть: «Я примаю себе разом з цим».

6. Вправа «Компліменти»

Мета: Здійснити позитивний зворотній зв'язок між учасниками групи

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику подивитися на свого сусіда зліва, подумати і пригадати, що йому сподобалося в діях цієї людини. Після обміну компліментами всі учасники разом говорять один одному «дякуємо».

Заняття № 4

Мета: Оптимізація поведінкового компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, підліткового віку.

Обладнання: скріпки, аркуші паперу формату А4, кольорові олівці, ручки, кошик для сміття.

1. Вправа „Не хочу хвалитися, але я...”

Мета: Розвиток здатності до самопрезентації, позитивного налаштування на роботу.

Інструкція: Усі учасники по черзі кажуть: „Я не хочу хвалитися, але я...”.

Запитання для обговорення:

- Чи легко було вам знайти ті якості чи риси характеру, якими б ви могли похвалитися?
- Чи є в групі люди, що схожі на вас?

2. Вправа «Скріпка»

Мета: Наочно проілюструвати незворотність змін у разі порушення здоров'я.

Інструкція: Психолог роздає кожному з учасників канцелярську скріпку та пропонує її розігнути. Далі, психолог пропонує відновити скріпку і повернути в попередній стан. Після виконання учасниками завдань психолог говорить із групою про невідворотність змін. Як

видно з експерименту, відновити первинний вигляд скріпки неможливо. Психолог проводить аналогію зі здоров'ям людини.

3. Вправа «Кошик для сміття»

Мета: Самопізнання, усвідомлення й осмислення негативних для здоров'я звичок.

Інструкція: На аркуші паперу підліткам пропонують намалювати свою негативну звичку. Кожен по черзі розказує про свій малюнок і символічно викидає його в кошик для сміття.

Запитання для обговорення:

- Які відчуття у вас виникали під час виконання цієї вправи?
- Яким чином ваша погана звичка впливає на ваше здоров'я?
- Чи дійсно позбудетеся ви поганої звички?

4. Вправа «Колесо здоров'я»

Мета: Спрямувати учасників на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам побудувати так зване «Колесо здоров'я». Для цього кожен на аркуші паперу малює велике коло та позначає його центр, а далі проволить через коло чотири прямі. У результаті учасники отримали картинку кола з вісьмома секторами. Психолог пропонує заповнити кожен сектор кола діями, які сприяють здоров'ю. Після виконання завдання учасники по черзі презентують своє «Колесо здоров'я».

5. Вправа «Зміна перспектив»

Мета: Усвідомити стимули для саморозвитку, отримати зворотній зв'язок від заняття.

Інструкція: Учасників просять уявити, що в цей момент хтось з їхніх близьких сидить едома й думає про них. Психолог запитує: «Про що може думати близька людина?», «Що відчуває коли думає про вас?», «Як вона ставиться до вашої участі в програмі?», «Чого вона чекає від вас після вашого повернення?» Кожному пропонують в уяві перенестися на місце близької людини й, наскільки це можливо, ототожнити себе з нею. Після цього учасники записують усе, що відбувається в свідомості цієї людини.

Запитання для обговорення:

- Що в цій вправі виявилось для вас найважчим?
- Що ви зараз відчуваєте?
- Чи будете ви обговорювати свої записи з близькими вам людьми?

Блок III

Заняття № 1

Мета: Оптимізація ціннісно-мотиваційного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, періоду ранньої юності.

Обладнання: набори карток із 12 цінностями, аркуші паперу формату А4, ручки.

Хід заняття

1. Вправа «Реклама»

Мета: Познайомити учасників один з одним, створити дружню атмосферу та умови для ефективної роботи.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам об'єднатись у пари і спробувати за п'ять хвилин якомога більше дізнатися одне про одного (ім'я, вік, хобі, вподобання). Після цього учасники по черзі представляють своїх партнерів у вигляді позитивної реклами.

2. Вправа «Здатність мотивувати»

Мета: Створення атмосфери зацікавленості та невимушеності, орієнтація учасників групи на роботу.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику відповісти на запитання: «Що мені допомагає мотивувати інших людей берегти здоров'я». Наприклад, мотивувати інших вам допомагає ваш оптимізм.

Запитання для обговорення:

— Хто й що мотивує вас вести здоровий спосіб життя?

3. Вправа «Щастя чи здоров'я»

Мета: Розвинути усвідомлення значення й цінності здоров'я в житті людини.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам послухати притчу та дати відповіді на запитання.

Інформаційне повідомлення

Посперечалися одного разу Здоров'я й Щастя про те, хто з них важливіше.

Щастя каже:

— Я важливіше!

— Чому?

— Без мене людям погано. Вони завжди шукають мене. Про мене всі тільки й говорять. Кожен хоче бути щасливим.

— Кожен також хоче бути здоровим.

— Про здоров'я мало хто говорить, а ось про щастя все підряд.

— Ти вважаєш, що здоров'я не потрібно людям?

— Щастя важливіше! Без нього людина не може. Дивись, он іде хлопчик. Давай у нього запитасмо, що для нього найголовніше – щастя чи здоров'я?

Вони звернулися до хлопчика.

— Хлопчик, що для тебе важливіше – щастя чи здоров'я?

— Звичайно ж, щастя! – Не замислюючись, відповів хлопчик.

— Ти щасливий? – О! Так, я щасливий!

— От бачиш! – Заплескало в долоні Щастя і підстрибнуло з радості. – Я ж кажу, що щастя головніше.

— А скажи, хлопчик, ти здоровий? – Поставило наступне запитання Здоров'я.

— Так, я здоровий!

— Щастить тобі! – Втрутилася в розмову жінка, яка проходила повз. – Мені б твоє здоров'я, тоді і я була б щаслива...

Запитання для обговорення:

– Що є важливішим щастя чи здоров'я?

– Чи можна бути щасливим, не будучи здоровим?

– Як ви розумієте поняття «цінності»?

– Які цінності є найголовнішими у вашому житті?

4. Вправа «Шкала цінностей»

Мета: Створити ієрархію цінностей.

Інструкція: Психолог об'єднує учасників у групи за цінностями, які вони назвуть, наприклад, здоров'я, сім'я, друзі. Усі групи отримують однакові набори карток із 12 цінностями. Психолог пропонує вибрати з них спочатку 10, потім 5 найважливіших цінностей і поставити в ієрархічній послідовності за ступенем значущості. Рішення приймають спільно. Така технологія допомагає впорядкувати дискусію і навчитися аргументувати свій вибір. Коли учасники виберуть 5 цінностей, вони пишуть ці цінності на аркушах, а потім по черзі їх презентують. Після завершення вправи учасники розповідають про те, як проходила дискусія.

5. Вправа «Чарівний магазин»

Мета: Усвідомлення значущих цінностей у своєму житті.

Інструкція: Учасники записують 5 найбільш значущих для них цінностей. Психолог пропонує учасникам прийти в «Чарівний магазин» і купити в продавця, все, що можна побажати: здоров'я, кар'єру, успіх, щастя, любов і т.д. Платити за це учасникам потрібно тим, що вони цінують у житті, але готові з ним розлучитися. Увагу звертають на те, що для учасників виявилось найбільш значущим: цінність, пов'язана з матеріальним світом, духовним, професією або родиною.

Запитання для обговорення:

– Що ви відчували, коли купляли цінності?

– Чи легко було здійснювати покупки в такому магазині?

– Що нового ви дізналися, виконавши цю вправу?

6. Вправа «Лист»

Мета: Підсумування учасниками досягнутого в групі виділення найбільш важливих елементів здобутого досвіду.

Інструкція: Психолог дає можливість учасникам краще зрозуміти чим саме була для кожного з них робота в групі. Учасникам пропонують пригадати важливу для себе людину і написати їй листа. У листі розказується про думки і почуття, які пробудила група, і як можна використовувати новий досвід у майбутньому. Учасники по черзі читають свої листи.

Запитання для обговорення:

- Кому були написані листи?
- Що в листі було найбільш значущим?
- Як би поставилися до цього листа адресат, якби він дійсно міг прочитати його?

Заняття № 2

Мета: Оптимізація когнітивного компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, періоду ранньої юності.

Обладнання: Фарби, ручки, олівці, ватмани, журнали, клей, карточки з цитатами або висловами відомих людей про здоров'я, стікери, фліпчарт.

1. Вправа «Побажання друга»

Мета: Розвинути уявлення про свої цілі.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам закрити очі та пригадати якусь людину, яка, зацікавлена в тому, щоб вони брали участь у роботі нашої групи, і очікує від них якихось змін. Це може бути просто знайомий, а може бути й людина, з якою учасника пов'язують особисті, близькі стосунки.

Далі учасники уявляють собі, що ця людина говорить про те, чому, на її думку, тут варто навчитися. Після цього кожен формує для себе побажання цієї людини й обирає два найбільш важливих.

Усі учасники відкривають очі й записують те, що вони вибрали. Потім по черзі читають свої записи.

Запитання для обговорення:

- Наскільки те, чого чекають від вас інші, збігається з вашими власними бажаннями?
- Хто з учасників написав приблизно те саме, що й ви?
- Наскільки широкий діапазон очікувань в нашій групі?
- Якою мірою очікувані результати вашої участі в групі відповідають темі нашої роботи?

2. Вправа «Як ви розумієте»

Мета: Покращити власні знання про здоров'я.

Інструкція: Учасник отримує карточку з цитатою або висловом відомих людей про здоров'я, пояснює як він розуміє це твердження й чи погоджується з ним. Після виконання завдання психолог пропонує кожному висловити своє розуміння поняття «здоров'я».

3. Вправа «Міфи й факти»

Мета: Поглибити знання учасників про особливості епілепсії.

Інструкція: Психолог надає учасникам інформаційне повідомлення, після цього група відповідає на запитання й висловлює своє думку стосовно почутого.

Інформаційне повідомлення

Незважаючи на прогрес у освіті громадськості про епілепсію, деякі міфи про епілепсію досі існують. Ось деякі з найбільш поширених міфів:

1. Міф: Під час нападу дитина може проковтнути свій язик.

Факт: Ніхто не може проковтнути свій язик. Будь-які зусилля, щоб тримати язик вниз або покласти щось у рот дитини під час нападу, можуть пошкодити її зуби або щелепу.

2. Міф: Люди з епілепсією одержимі дияволом або якимось «духом».

Факт: Епілепсія є просто неврологічним розладом.

3. Міф: Під час епілептичного нападу людину потрібно тримати.

Факт: Людину не потрібно тримати. Просто переконайтеся, чи поруч немає будь-яких твердих або гострих предметів чи меблів.

4. Міф: Потрібно виконати штучне дихання людині під час нападу.

Факт: Штучне дихання необхідно тільки тоді, коли людина не починає дихати після нападу.

5. Міф: За зовнішнім виглядом можна сказати, що людина хворіє на епілепсію.

Факт: Немає способу дізнатися, що хтось хворіє на епілепсію і судом, просто подивившись на нього.

6. Міф: Якщо хтось в сім'ї хворіє на епілепсію, діти також на неї захворіють.

Факт: Епілепсією можна захворіти, коли немає сімейної історії взагалі. Іноді діти батьків, які хворіють на епілепсію матимуть напади, але є велика ймовірність, що не матимуть.

7. Міф: Люди з епілепсією можуть зашкодити іншим людям під час нападів.

Факт: Під час нападу, люди найчастіше є несвідомі, тому навмисно вони не можуть зашкодити комусь.

Запитання для обговорення:

– Чи стикалися ви з такими міфами у вашому житті?

– Як впливають міфи на ваше здоров'я?

– Які ще міфи про епілепсію вам відомі?

– Які ви можете запропонувати способи розвінчування міфів?

4. Вправа «Де шукати підтримку»

Мета: Розширити ресурси, виділити успішні стратегії покращення здоров'я.

Інструкція: Учасники діляться на чотири команди, кожній з яких психолог пропонує знайти ресурси для покращення свого здоров'я і відповісти на запитання, про те як саме вони допомагають. Перша група шукатиме в себе; друга – у своїй сім'ї та друзів; третя – у педагогів, лікарів, психологів; четверта – у інших людей, з якими вони бачаться рідко або взагалі не знайомі. Після виконання завдання кожна група презентує свої відповіді.

Запитання для обговорення:

– Чи користуєтеся ви цими ресурсами у своєму житті?

– Де найчастіше ви шукаєте підтримку?

5. Вправа «Дерево підсумків»

Мета: Отримання зворотнього зв'язку від заняття, рефлексія.

Інструкція: На стікерах учасники пишуть свої враження про те, що нового та цікавого вони дізналися на занятті, що корисного візьмуть у своє життя. Учасники приклеюють свої стікери на дерево, намальоване на фліпчарті. Усі думки зачитуються.

Заняття № 3

Мета: Оптимізація емоційного компоненту ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, періоду ранньої юності.

Обладнання: Аркуші паперу формату А4, ручки, кольорові олівці, маркери, фарби.

Хід заняття

1. Вправа «Вплив емоцій на здоров'я»

Мета: Навчитися спостерігати за своїм внутрішнім станом, усвідомити впливом емоцій на здоров'я.

Інструкція: Кожен учасник отримує чистий аркуш паперу, на одному боці якого він пише емоційні переживання, які виникають у нього, коли він здоровий, а на іншому боці – коли хворіє. Психолог пропонує дітям об'єднати отримані на двох боках, емоції за принципом протилежності, наприклад, «радість і сум». Якщо до певного слова немає пари, то її можна знайти в іншого учасника.

Запитання для обговорення:

– Як отримані в парі емоції допомагають одна одній?

– Чи вдалося вам утворити пари до кожного слова?

– Чи допомогли ви (вам) інші учасники і як така допомога виявляється у вашому житті?

2. Вправа «Намалюй за хвилину»

Мета: Емоційна рефлексія, розвинути вміння образно виражати свої емоції.

Інструкція: За одну хвилину учасникам потрібно намалювати свій настрій, але не малюючи нічого конкретного, а тільки лінії, форми, різні кольори. Свої малюнки учасники передають сусідові зліва, який відгадує зображений на малюнку настрій.

Запитання для обговорення:

- Чи важко було відгадувати настрій інших учасників?
- Що для мене є показниками настрою іншої людини?
- Чи завжди мій настрій і емоції правильно розуміють інші люди?
- Який у мене зазвичай настрій та що на нього впливає?

Інформаційне повідомлення

Ви можете вести щоденник свого настрою, в якому пропоную вам записувати свої переживання, емоції, пов'язані зі здоров'ям. Це можуть бути відчуття перед нападом, або зміна настрою, пов'язана зі прийомом медикаментів. Важливо не ігнорувати свої емоції, особливо якщо вони негативно забарвлені. Розкажіть про свої відчуття близьким, медичному персоналу, психологу, педагогам.

3. Вправа «Інопланетянин»

Мета: Зменшення рівня тривожності.

Інструкція: Учасникам пропонують уявити, що на нашу планету завітав інопланетянин, який не знає що таке «здоров'я» й «хвороба». Він спостерігає за дитиною, хворою на епілепсію, все її життя. Психолог запитує учасників:

- Як ви думаєте що він помітить?
- Чим відрізнятимуться діти, хворі на епілепсію, від інших дітей?

Інформаційне повідомлення

Якщо ви подивитеся на епілепсію очима інопланетянина, ви помітите, що більшу частину дня ці діти бігають, граються, малюють, читають, спілкуються з друзями, але вирізняють їх надмірні переживання та тривожність. Епілептичні напади тривають від кількох секунд до кількох хвилин, але хвилювання про наступний приступ може тривати впродовж усього життя. Ці негативні переживання виснажують людину, вимагають великих затрат енергії, необхідної для інших частин її життя. Вони заважають людині відчуття щастя і задоволення життям.

Ще однією особливістю дітей, хворих на епілепсію, є те, що поряд із постійним відчуттям страху, вони виявляють неабияку героїчність, силу та любов. Такі діти кожного дня долають труднощі, з якими не стикаються більшість людей.

Хоча я підозрюю, що ви рідко відчували себе героями, немає сумнівів у тому, що ви ними є.

4. Вправа «Впевнена у собі людина»

Мета: Сформувати власні успішні стратегії розвитку впевненості.

Інструкція: Психолог просить учасників пригадати моменти з їхнього життя, коли вони відчували максимальну впевненість у собі. Це може бути виступ на концерті, успішно

зданий екзамен або просто щось, що ви зробили краще за інших. Згадайте моменти, ви відчули себе героєм. Психолог пропонує учасникам:

– Ще раз емоційно яскраво переживіть цей момент. Виділіть основні ознаки вашої впевненості.

– Постарайтеся детально згадати вчорашній день, в деталях згадайте події минулого тижня. Який настрій у вас переважав, впевненість чи сумнів?

– Пригадайте піки своєї впевненості і невпевненості. Як у першому й другому випадках звучав ваш голос? Яким був вираз обличчя?

– Зробіть глибокий вдих, на видиху усміхніться. І так кілька разів.

5. Вправа «Оплески»

Мета: Емоційна підтримка, розуміння «закінченості» виконаної роботи.

Інструкція: Психолог починає тихенько плескати в долоні, дивлячись на одного з учасників і поступово підходячи до нього. Водночас гучність оплесків посилюється. Коли учасники приєднуються до аплодисментів ведучого вони стають знову тихими. Потім цей учасник починає плескати разом із ведучим (спочатку тихо) вибирає з групи наступного, кому вони аплодують удвох уже голосно. Третій приєднується до попередніх і починає тихо, поки не вибере четвертого і т.д. Останньому учаснику аплодує вже вся група.

Заняття № 4

Мета: Оптимізація поведінкового компонента ВКЗ дітей, хворих на епілепсію, періоду ранньої юності.

Обладнання: фліпчарт, аркуші паперу формату А4, ручки, маркери.

1. Вправа «Моє ім'я й корисна для здоров'я звичка»

Мета: Створити дружню, доброзичливу атмосферу і налаштувати на тему заняття.

Інструкція: Кожен учасник по черзі називає своє ім'я і одну свою корисну для здоров'я звичку.

Запитання для обговорення:

– Чи були схожі до вашої звички в інших учасників?

– Які корисні для здоров'я звички ви хотіли би виробити?

2. Вправа «Шлях до здоров'я»

Мета: Підсилити відчуття спрямованості й безперервності життя.

Інформаційне повідомлення

Я хочу показати вам, як без всякої астрології можна зазирнути у своє майбутнє. У кожного з вас є безліч надій і бажань. Деякі з них, ймовірно, виз можете втілити в життя, іншим же судилося залишитися в царстві думок і уявлень.

Визначте, як далеко в майбутнє ви хочете заглянути. Можливо, вам цікаво побачити своє життя через рік або два, або через десять років? Тепер подумайте, чи хочете ви за цей час зміцнити своє здоров'я?

Уявіть собі, що кожна важлива мета життєвого відрізка є точкою на шляху життя, по якому ви йдете. І коли ви доходите до чергової точки, ви можете сказати собі: «Це я вже зробив!» Обирайте тільки такі цілі, які позитивно впливають на ваше здоров'я й варті того, щоб до них прагнути.

Інструкція: Учасники складають список того, що їм хотілося би зробити в майбутньому, щоб підтримувати і покращити своє здоров'я. Бажано, щоб пунктів у списку було не більше шести-восьми, далі їх потрібно розставити у часовій послідовності і позначити кожен «точку» ключовими словами.

Коли група це зробить, учасники перечитують список своїх цілей на майбутнє і висловлюють свою думку стосовно результату.

3. Вправа «Рекомендації лікаря»

Мета: Мотивувати учасників виконувати лікарські призначення.

Інструкція: Психолог пропонує учасникам уявити себе медиками, які мають аргументовано переконати пацієнтів дотримуватися лікарських призначень і не порушувати заборони, які накладає епілепсія.

Усі пропозиції записують на фліпчарті. Підсумовуючи, психолог запитує в учасників, чи прислухалися би вони до вказаних рекомендацій, і підкреслює важливість їх дотримання для збереження і зміцнення здоров'я.

4. Вправа «Що мені хочеться зробити»

Мета: Уточнення власних життєвих цілей і бажань.

Інформаційне повідомлення

Якщо ви маєте намір змінитися, тому що «повинні» змінитися, заздалегідь готуйте собі поразку, оскільки не врахуєте свого внутрішнього опору. Однак ви можете розвиватися, якщо будете більше брати до уваги свої власні бажання.

У кінці нашої спільної роботи давайте подумаємо про те, в якому напрямку ви хотіли б розвиватися далі. Існує багато шляхів для того, щоб стати більш зрілою і здоровішою особистістю. Водночас важливо, щоб шлях, по якому ви захочете йти, підходив вам.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику взяти аркуш паперу і розділити його на дві колонки. Зліва записати, по-перше, все те, чого учасники ще не робили, але хотіли б зробити в майбутньому, і, по-друге, те, що вже спробували робити і надалі хотіли б робити більш активно. При цьому мова йде про конкретні дії, які дійсно хочеться здійснювати. Психолог наголошує: «Залиште осторонь усе те, що ви повинні робити на думку інших людей». Потім праворуч учасники записують все те, що вони виконують неохоче, все, від чого в майбутньому хотіли би відмовитися або, принаймні, робити не так часто. Учасники обирають в кожній колонці по одній дії і приймають конкретне рішення.

Запитання для обговорення:

- Що ви хочете робити в майбутньому частіше, а що рідше?
- Що може полегшити або утруднити здійснення кожного з рішень?
- Як ви себе почували, проживаючи ці рішення?
- Наскільки легко чи важко вам було складати обидва списки?
- Який із списків вийшов довшим?

5. Вправа «Я вдячний тому, що...»

Мета: Рефлексія досягнень учасниками роботи в групі, усвідомлення подальших застосувань цих досягнень у житті.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику знайти 10 речей, стосовно кожної з яких він може сказати: «Я вдячний за це». Наприклад, подякувати групі за гарний настрій, підтримку, розуміння і т. д. Кожен записує свої відповіді на аркуші паперу, починаючи нове речення зі слів «Я вдячний тому, що...»

Запитання для обговорення:

- Як часто, крім виконання цієї вправи, ви усвідомлюєте, чому в житті ви вдячні?
- З ким ви про це говорите?
- Що ви зараз відчуваєте?

Додаток Б.2

Заняття з батьками дітей, хворих на епілепсію

Мета: Підвищення рівня знань батьків, покращити розуміння впливу епілепсії на життєдіяльність дитини, виявлення шляхів для зменшення й запобігання негативних наслідків хвороби, сприйняття себе й своєї дитини, розширення ресурсів та можливостей.

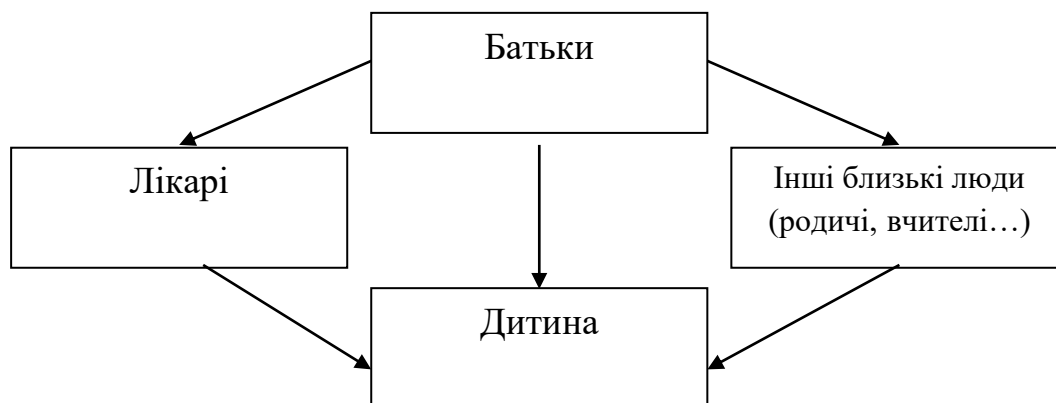
Більшість судом у дітей, які хворіють на епілепсію, не потребують медичної допомоги. Вони закінчуються через хвилину або дві без шкоди для дитини й інших людей, і зазвичай, не потребують медичної допомоги. Найголовніше, що потрібно робити, якщо ваша дитина має епілептичний напад, це тримати її в безпеці.

Дві найважливіші речей, які ви можете зробити, щоб захистити свою дитину це переконатися, що:

- 1) ваша дитина приймає ліки, як зазначено;
- 2) поряд із дитиною завжди є хтось, хто знає що робити, якщо є напад.

Якщо ваша дитина приймає ліки, ось кілька важливих порад, яких варто дотримуватися:

1. Переконайтеся, що ваша дитина приймає потрібну дозу ліків і робить це вчасно.
2. Слідкуйте за появою будь-яких побічних ефектів, як-от висип, утом, нудота, втрата рівноваги, зміна зору й збільшення ваги.
3. Завжди говоріть із лікарем, перш ніж приймати будь-які зміни в лікуванні вашої дитини. Ліки часто діють настільки добре, що батьки самі схильні зменшити дозування для своєї дитини (без консультації з лікарем це може призвести до серйозних негативних наслідків).



I Взаємодія батьків з лікарями

Лікар, що лікує вашу дитину, ймовірно, ніколи не бачив вашу дитину під час нападу. Тим не менш, рекомендуючи лікування, ваш лікар повинен точно знати, що відбувається під час судом. Ці кроки допоможуть вам описати епілептичний напад вашої дитини:

1. Подивіться на годинник, коли починається й закінчується напад. Зверніть увагу на тривалість часу, коли ваша дитина була без свідомості.
2. Зверніть увагу на час доби й те, що ваша дитина робить до початку нападу.
3. Спостерігайте, як саме поводить себе дитина, що відбувається з вашою дитиною до і під час нападу. Запишіть це.
4. Слідкуйте за динамікою судом, записуйте їх на графіку так, щоб ви знали, як часто вони відбуваються.
5. Повідомте лікарям про всі напади вашої дитини, не тільки великі, драматичні та ін. Для лікаря важливо знати і про короткі відключення та провали в пам'яті, ауру, та інші симптоми нападу.

Для того щоб відігравати активну роль у догляді за вашою дитиною, дотримуйтеся таких рекомендацій:

- Збирайте інформацію. Задавайте запитання лікарям, які допоможуть вам розвіяти міфи й позбавитися від необґрунтованих побоювань. Запишіть ваші запитання перед візитом до лікаря. Якщо ви чуєте від лікаря слова, значення яких ви не знаєте, зверніться до лікаря з проханням пояснити що вони означають.
- Будьте реалістами. Лікарі можуть тільки допомогти контролювати епілепсію. Вони не можуть робити чудеса.
- Сприяйте створенню довіри дитини до лікаря. Лікарі часто впливають на ставлення дитини до лікування. Запитуйте вашу дитину про те, чи почуває вона себе комфортно з лікарем.

II Взаємодія батьків із дитиною

Ваша дитина повинна знати, що він або вона хворіє на епілепсію. Залежно від віку дитини, батьки повинні пояснити їй про особливості епілепсії.

Деякі батьки воліють не говорити їхній дитині про хворобу. Вони також вважають, що чим менше людей, які знають про неї, тим краще. Але спробуйте подивитися на ситуацію очима своєї дитини. Вона знає, що щось трапилося з нею, що засмучує всю сім'ю. Вона не розуміє чому їй потрібно до лікаря і для чого вона повинна приймати таблетки.

Іноді, під час нападів, діти чують звуки або бачать речі, яких не існує. Якщо ці події не пояснити, діти часто бояться, що вони стають «божевільними» або й гірше. Пояснюйте про епілепсію просто. Розкажіть на прикладі, що епілепсії не потрібно соромитися.

Пам'ятайте, що під час епілептичного нападу, ваша дитина не має ніякого контролю над собою та своєю поведінкою. Тим не менш, вона може відчувати себе винною за те, що відбувся напад або може боятися покарання за те, що сталося під час нападу. Не карайте дитину за те, що під час нападу вона щось зробила, розбила... Не звинувачуйте її.

Часто діти бояться, що вони розчарували вас через напад, вони можуть відчувати себе винними через виникнення нападу. Переконайте вашу дитину, що це не так.

Ваша дитина потребує комфорту і впевненості, а не вашого хвилювання. Уникайте спілкування про ваше занепокоєння стосовно нападу, ваша дитина також почне хвилюватися і втратить упевненість в собі.

Є багато речей, які ви можете зробити, щоб забезпечити підтримку і заохочення вашої дитини. Пропонуємо вам десять порад, які варто пам'ятати:

1. Дізнайтеся якомога більше про епілепсію.
2. Відкрито і чесно поговоріть про епілепсію з вашою дитиною.
3. Уникайте говорити речі, які можуть призвести до того, що ваша дитина відчуватиме себе тягарем.
4. Будьте позитивнішими.
5. Хваліть успіхи вашої дитини.
6. Заохочуйте спорт, хобі й інші інтереси дитини.
7. Допоможіть своїй дитині подружитися з іншими дітьми.
8. Поясніть про епілепсію друзям, родичам, учителям та іншим.
9. Продовжуйте сімейні заходи і традиції.
10. Знайдіть час для себе, не відчуваючи провини.

Як і всі діти, ваша дитина повинна спробувати нові речі і вчитися на помилках, щоб вирости незалежною, відповідальною дорослою особистістю. Дозвольте вашій дитині приєднатися до безпечної діяльності з іншими підлітками або дітьми її віку. Важливо щоб друзі вашої дитини прийняли епілепсію вашої дитини і знали, як поводитися у ситуації, коли стався напад.

Намагайтеся бути розсудливими, вживаючи заходів щодо обережності або встановлення лімітів. Більшості батькам важко встановити межі і правила для їхніх дітей,

але батькам дітей із епілепсією часто буває особливо важко. Встановлення занадто багатьох лімітів підбиває впевненість дитини в собі.

Ваша дитина потребує батьків, які:

- слухають;
- заохочують;
- підтримують;
- хвалять;
- встановлюють розумні межі.

III Взаємодія батьків із близькими людьми

Коли одна дитина потребує більшої уваги, особливо впродовж тривалих періодів часу, інші діти можуть відчувати себе самотніми. Брати й сестри можуть відчувати, що їх ігнорують або нехтують. Вони можуть боятися, що ви любите їх менше або відчувати заздрість, що ви любите дитину з епілепсією більше. Для того, щоб цього не сталося, ви можете зробити наступне:

1. Наскільки це можливо, нехай дитина з епілепсією бере участь у тих самих домашніх справах як інші діти, без привілеїв.
2. Поговоріть з іншими вашими дітьми про епілепсію. Допоможіть їм знайти шляхи для пояснення епілепсії своїм друзям.
3. Уникайте обмеження діяльності інших дітей, тому що дитина з епілепсією не може брати участь.
4. Нехай ваші діти знають, що робити та як вони можуть допомогти, коли їхній брат або сестра має напад. Учіть їх бути спокійними і покликати батьків або дорослих на допомогу.

Інформування та розуміння інших членів сім'ї є важливим джерелом підтримки. На жаль, старші родичі часто мають різні ставлення до епілепсії. Вони можуть помилково вважати, що напади заразні, є ознаками психічного захворювання або причиною розвитку інвалідності. Акуратно поясніть, що медична наука виявила, що ці давні вірування просто помилкові. Заспокойте їх і поділіться своїми знаннями про епілепсію. Щоб зменшити їхню тривогу й страхи, заспокойте бабусю і дідуса, поясніть, що ваша дитина може брати участь у щоденних справах.

Важливе значення для ставлення дитини, хворої на епілепсію, до школи та навчання загалом має ставлення до неї вчителів і поведінка інших учнів. Як батьки, ви можете створити більш сприятливі умови в школі для вашої дитини, якщо:

1. Спілкуватиметеся з учителями на початку кожного навчального року для обговорення, як епілепсія впливає на дитину і що робити, якщо напад відбувається.
2. Поговорите з учителями про те, як вони можуть допомогти розвіяти міфи про епілепсію серед однокласників вашої дитини.
3. Поясніте, як ліки вашої дитини впливають на продуктивність у школі, наприклад, що ваша дитина потребує більше часу, щоб завершити роботу, ніж однолітки.
4. Поширюватимете інформацію у вигляді брошур або відео, щоб допомогти вчителям і учням зрозуміти епілепсію.
5. Повідомлятимете вчителів про будь-які зміни в здоров'ї вашої дитини.

Додаток В

Список праць здобувача за темою дисертації:

– у яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Дзюбинська М. Я. Формування внутрішньої картини здоров'я у дітей хворих на епілепсію. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2015. Т. 11, Вип. 15. С. 127–135.
2. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Оцінка якості життя батьків дітей, хворих на епілепсію. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*: збірник наукових праць / за ред. Н. О. Євдокимової. Миколаїв, 2017. № 1 (17). С. 47–50.
3. Дзюбинська М. Я. Особливості структури внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Психологічний часопис*: зб. наук. праць. Київ, 2017. № 3(7). С. 26–35.
URL: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/52> (дата звернення: 06.07.2017).
4. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Домінуючий психоемоційний стан матері дитини, хворої на епілепсію: емпіричне дослідження. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський, 2017. Вип. 38. С. 83 – 94.
5. Дзюбинська М. Я. Внутрішня картина здоров'я дітей хворих на епілепсію: емпіричне дослідження. *Педагогічний процес: теорія і практика (серія: психологія)* № 1(56), 2017. С. 112–118.
6. Дзюбинська М. Я. Психоемоційний стан батьків як чинник формування внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя*: зб. наукових статей Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Луцьк, 2016. С. 161–165.
7. Дзюбинська М. Я. Підвищення компетенції членів сім'ї дитини з епілепсією щодо вікової динаміки перебігу хвороби. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин*: матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. конф., 23 квіт. 2016 р. Кам'янець-Подільський, 2016. С. 41 – 43.
8. Дзюбинська М. Я. Психологічний портрет дитини, хворої на епілепсію. *Теорія і практика актуальних наукових досліджень*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 жовтня 2017 р. Львів, 2017. С. 82 – 84.

– які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

9. Дзюбинська М. Я. Особливості самооцінки матерів, які виховують дітей хворих на епілепсію. *Психологія національної безпеки*: зб. тез наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 25 квітня 2017 р. Львів, 2017. С. 54 – 55.

Відомості про апробацію результатів дисертації

I . Міжнародні наукові конференції:

1. Міжнародна науково-практична конференція «Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя» (досвід Волинської психологічної школи до 15-річчя факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, м. Луцьк, 7 квітня 2016, форма участі: доповідь);

2. VIII Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми особистості та міжособистісних взаємин» (Кам'янець-Подільський, 23 квітня 2016, форма участі: доповідь);

3. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психологія національної безпеки» (Львів, 25 квітня 2017, форма участі: заочна (публікування тез));

4. Міжнародна науково-практична конференція «Теорія і практика актуальних наукових досліджень» (Львів, 27-28 жовтня 2017, форма участі: доповідь).

II. Засідання кафедри загальної та клінічної психології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (Івано-Франківськ, протокол № 6 від 23 січня 2018 р.).

Додаток Д

Довідка впровадження програми



**Департамент охорони здоров'я
Івано-Франківської обласної державної адміністрації
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА
ЛІКАРНЯ**

76014, м. Івано-Франківськ
вул. Є. Коновальця, 132
тел./факс 53-06-55
E-mail: if-odkl@ua.fm

Розрахунковий рахунок 35415001023615
в ГУДКСУ Івано-Франківської області
МФО 836014 Код ЄДРПОУ 01993256

Від 01.11. 2017 р.
№ 2463/1

ДОВІДКА

**Про впровадження результатів дисертації
Дзюбинської Марії Ярославівни
на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук
за темою**

«Вікова динаміка розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію»

Результати кандидатського дисертаційного дослідження Дзюбинської Марії Ярославівни, а саме: авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію, є доцільною для впровадження її у роботу Центру ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи при Івано-Франківській ОДКЛ, сприяє формуванню у дітей та їхніх батьків навиків і вмінь подолання труднощів пов'язаних із хворобою, покращує якість їхнього життя.

Результати кандидатського дисертаційного дослідження Дзюбинської Марії Ярославівни за темою «Вікова динаміка розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію» за спеціальністю 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія використовуються у роботі з дітьми, хворими на епілепсію, та їхніми батьками під час їх психологічного супроводу.

Довідка видана спеціалізованій вченій раді за місцем захисту дисертації Дзюбинської Марії Ярославівни.

Головний лікар ОДКЛ



Р. Й. Котурбаш