

son, Tori Higgins ; per. s angl. M. Mackovskoj. – М. : Mann, Ivanov i Ferber, 2014. – 272 s.

9. Bass B. M. From transcendent to transformational leadership: Learning to share the vision / B. M. Bass // *Organizational Dynamics*. – 1990. – Vol. 18 (3). – P. 19–31.

Received March 6, 2018

Revised March 28, 2018

Accepted April 23, 2018

УДК 159.98:[616.379-008.64+616.322-022]-053.2/5

DOI10.32626/2227-6246.2018-41.322-334

Л. М. Руденко

lilianic1962@gmail.com

Т. М. Осадча

osadchatn@gmail.com

Ю. В. Гавриленко

yesyur69@gmail.com

Психологічний супровід дітей, хворих на цукровий діабет I типу і хронічний тонзиліт

Rudenko L. M. Psychological support for children with diabetes mellitus type 1 and chronic tonsillitis / L. M. Rudenko, T. M. Osadcha, Y. V. Havrylenko // *Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi National Ivan Ohienko University, G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine / scientific editing by S. D. Maksymenko, L. A. Onufriieva*. – Issue 41. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2018. – P. 322–334.

L. M. Rudenko, T. M. Osadcha, Y. V. Havrylenko. Psychological support for children with diabetes mellitus type 1 and chronic tonsillitis. The article is devoted to the study of mental disorders, namely emotional-volitional, in children with severe somatic disease – type 1 diabetes mellitus (DM-1) and associated pathology – chronic tonsillitis (CT). It is noted that CT and DM-1 mutually aggravate the flow of each other, which further contributes to the depletion of the central nervous system, asthenization

L. M. Rudenko – the scientific contribution of the co-author is 30% ,

T. M. Osadcha – the scientific contribution of the co-author is 40% ,

Y. V. Havrylenko – the scientific contribution of the co-author is 30% .

of the body and violations of basic mental functions. It is noted that untimely identified and corrected emotional disturbances in early school-age children contribute to the further development in adolescence of more severe mental disorders, such as: depression, psychopathy, accentuation of character, etc.

With the help of diagnostic techniques that were used in the category of children we studied, it is found that children with diabetes mellitus and CT existence of emotional disorders (aggression, anxiety, exhaustion, fears) have a negative effect on the course of the underlying disease. It is noted that in order to level or diminish the manifestations of emotional disturbances in children suffering from DM-1 and CT it is necessary to apply adapted psychological methods of correction. For this purpose, a psycho-correction program was developed, the effectiveness of which was checked and analyzed 1 year after the repeated psychodiagnostic examination of patients. It was noted that after psychocorrection in children a sense of fear, aggression, anxiety, exhaustion have been decreased, and in some children, they have been leveled out. It is noted that the corrective work with children will contribute to the less aggressive course of DM-1 and CT and facilitate adaptation of children in society.

Key words: emotional-volitional disorders, diabetes mellitus, chronic tonsillitis, psychological methods of correction.

Л. М. Руденко, Т. М. Осадча, Ю. В. Гавриленко. Психологічний супровід дітей, хворих на цукровий діабет I типу і хронічний тонзиліт. Статтю присвячено вивченню емоційно-вольових порушень у дітей із тяжким соматичним захворюванням – цукровим діабетом I типу (ЦД-1) та супутньою патологією – хронічним тонзилітом (ХТ). Зазначено, що ХТ і ЦД-1 взаємно обтяжують перебіг один одного, що більше сприяє виснаженню центральної нервової системи, астенизації організму та порушенню основних психічних функцій. У статті зазначено, що несвоєчасно виявлені та кориговані емоційні порушення у дітей молодшого шкільного віку сприяють розвитку в підлітковому віці ще тяжчих психічних порушень, таких як: депресії, психопатії, акцентуації характеру тощо.

За допомогою діагностичних методик, застосованих нами у дослідженні, виявлено, що у дітей, хворих на ЦД-1 і ХТ, існують емоційні порушення (агресія, тривожність, виснаження, страхи), які негативно впливають на перебіг основного захворювання. Зазначено, що з метою нівелювання чи зменшення проявів емоційних порушень у дітей, хворих на ЦД-1 і ХТ, необхідно застосовувати адаптовані психологічні методи корекції. З цією метою було розроблено психокорекційну програму, дієвість якої перевіряли й аналізували через один рік після повторного психодіагностичного обстеження хворих. Показано, що після психокорекції у дітей зменшились, а у деяких нівелювалися відчуття страху, агресії, тривожності, виснаженості. Зазначено, що проведена

корекційна робота з дітьми сприятиме менш агресивному перебігу ЦД-1 і ХТ і полегшить адаптацію дітей у соціумі.

Ключові слова: емоційно-вольові порушення, цукровий діабет, хронічний тонзиліт, психологічні методи корекції.

Постановка проблеми. Порушення емоційної сфери у дітей молодшого шкільного віку з ЦД-1 і ХТ у подальшому може стати причиною розвитку в підлітковому віці психопатії, акцентуації характеру, депресивних станів і тим самим погіршити перебіг основного захворювання. Своєчасна комплексна допомога фахівців (лікарів, соціальних працівників, психологів) сприятиме нівелюванню чи зменшенню проявів цих станів. Найчастіше емоційні порушення у дітей молодшого шкільного віку проявляються у вигляді агресії, страхів, відчуття незахищеності, тривожності, є найрозповсюдженішою формою психічної декомпенсації. Чим раніше виявлені ці патологічні прояви і своєчасно розпочата корекційна робота, тим позитивнішими будуть очікувані результати.

Аналіз актуальних досліджень. ЦД-1 у дитячому віці є нагальною проблемою сьогодення, вивченням якої займаються фахівці різних галузей (лікарі, психологи, соціальні працівники тощо). При ЦД-1 спостерігається низка супутніх патологій органів і систем, у тому числі хронічні захворювання лімфоепітеліальних структур глотки (ХЗЛСГ), серед яких найпоширенішим є ХТ. Серед дітей, хворих на ЦД-1 ($n = 707$), які були обстежені упродовж 2013–2017 років у ендокринологічному відділенні НДСЛ «Охматдит» і міському ендокринологічному відділенні ДКЛ № 6 м. Києва, було встановлено наявність ХЗЛСГ у 424 дітей, серед яких у 238 пацієнтів (33,6%) діагностовано ХТ [2].

Наявність у пацієнта ХТ і ЦД-1 взаємно обтяжують перебіг один одного, а саме: загострення ХТ, яке досить часто потребує антибактеріального лікування, сприяє тяжкому перебігу основного захворювання з підвищенням рівня показника тяжкості перебігу ЦД-1 – гліколізованого гемоглобіну (HbA_{1c}) та виникненням кетоацидозу, що призводить до порушення гомеостазу в організмі, яке позначається на значному погіршенні якості життя пацієнтів.

За наявності ЦД-1 у пацієнтів відзначаються характерні зміни в лімфоепітеліальному глотковому кільці (ЛЕГК), а саме піднебінних мигдаликах (ПМ), які є основним органом лімфоепітеліального глоткового кільця Вальдеєра – Пирогова. Ці зміни у

ПМ пацієнтів дали змогу визначити на основі вивчення клініко-лабораторних даних при ХЗЛСГ у дітей, хворих на ЦД-1, доцільність виділення безангінозної форми ХТ, яка має істотний вплив на загальний стан пацієнтів. Специфічний мікробний склад ПМ, недостатність функції лакуарного апарату мигдаликів із вираженими порушеннями мікроциркуляторного русла в слизовій оболонці та тканинах при ХТ у дітей, хворих на ЦД-1, указують на необхідність ранньої діагностики й ефективного комплексного лікування цієї патології [1].

Ураховуючи, що ЦД-1 – системне порушення, за якого уражуються не тільки ендокринна система, а й ЦНС, зорова, опорно-рухова тощо, та наявність коморбідних хронічних захворювань, таких як ХТ, то це свідчить про те, що діти потребують комплексного обстеження, відповідного лікування та реабілітації.

Загальновідомо, що ЦД-1 – це інвалідизуюче захворювання, а тяжкість його перебігу, тривалість лікування, супутні патології, часті перебування дитини у лікувальних закладах тощо є причиною розвитку і психічних порушень. Тому діти з таким захворюванням потребують не тільки лікувальних, а й реабілітаційних (корекційних) заходів, а саме психологічної допомоги з метою відновлення чи покращення психічних функцій.

Слід зазначити, що будь-яке соматичне захворювання – це психотравма для пацієнта, що переживається та осмислюється і в подальшому впливає на його емоційний стан. При всіх хронічних соматичних захворюваннях, різної тяжкості й тривалості, внутрішню картину хвороби характеризують такі особливості, що позначаються на емоційному рівні, як тривога, страхи, образливість, дратівливість, емоційна нестійкість, депресивні стани. Розвитку порушень емоційно-вольової сфери сприяє астенія, що знижує загальний тонус організму [3].

Уперше для дослідження емоційно-особистісної сфери дітей молодшого шкільного віку, хворих на ЦД-1, був застосований опитувальний лист Т. Ахенбаха, який дав змогу виявити інтернальні проблеми, які проявляються в замкнутості, тривожності, інші внутрішні симптоми психологічного неблагополуччя і екстернальні проблеми, що виражаються в агресивності, девіантній поведінці тощо.

Слід зазначити, що на ранніх стадіях захворювання на ЦД-1 може розвинути психоендокринний синдром, а в разі його прогресування можуть спостерігатися тяжчі порушення психічних функцій, що торкаються всіх сторін особистості.

Як показує досвід, у дітей, хворих на ЦД-1, яким не проводилась психокорекція, існуючі емоційні порушення (тривога, депресія, страхи) сприяють прогресуванню захворювання та продовжують реабілітаційний період. Також психокорекція необхідна для того, щоб у подальшому у них не розвинулись психопатії, акцентуації характеру, іпохондричний синдром, які ще більше можуть ускладнювати перебіг основного захворювання та погіршувати адаптацію в соціумі.

Тому питання, яким чином зменшити або навіть нівелювати вищезначені стани у дітей, є актуальними в умовах сьогодення. З цією ціллю ми розробляли та використовували програми для дітей залежно від ступеня прояву цих порушень.

Мета нашої статті – виявити емоційні порушення у дітей, хворих на ЦД-1 і ХТ, шляхом застосування психодіагностичних методик і порівняти отримані нами результати після впровадження адаптованих психологічних методів корекції для нівелювання чи зменшення проявів психічних порушень із подальшим аналізом даних через один рік після застосування запропонованої програми.

Матеріал і методи дослідження. У нашому дослідженні брали участь діти, хворі на ЦД-1 і ХТ, віком 7–12 років, які перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні НДСЛ «Охматдит».

У сучасній психології існує безліч методів і методик для виявлення емоційних порушень у дітей. Нами було застосовано метод спостереження, бесіди, методу вивчення фрустраційних реакцій С. Розенцвейга, проєктивні методики «Кактус» і «Неіснуюча тварина». Застосування цих методів суттєво підвищує ступінь обґрунтованості дослідження та дає підставу верифікації отриманих результатів.

Виклад основного матеріалу. Актуальність дослідження та виявлення емоційних порушень у досліджуваних нами дітей сприяє створенню на основі діагностичних даних психокорекційної методики, спрямованої на зменшення чи нівелювання вищезначених станів у дітей.

Термін «психологічна корекція» використовується у віковій психології та психологічній допомозі не тільки дітям із психофізичними порушеннями, а й із нормальним психічним розвитком. Тому корекційний вплив має бути спрямований на виправлення дефектів розвитку, створення оптимальних можливостей та умов для психічного розвитку здорової дитини [4]. У процесі

здійснення психотерапевтичного впливу на дитину необхідно знайти засоби психокорекції, які б були дієвими саме для цієї вікової категорії з урахуванням особистісних, а в нашому випадку і клінічних особливостей дитини.

Діти, хворі на ЦД-1 і ХТ, проходять стаціонарне обстеження в ендокринологічному відділенні 1 раз на 3–6 місяців чи 1 раз на 9–12 місяців. Застосувавши метод спостереження, бесіди до цієї категорії пацієнтів, нами було виявлено, що у дітей молодшого та середнього шкільного віку присутні психологічні порушення, і найбільш виражені вони в емоційно-вольовій сфері. Проаналізувавши літературні джерела та провівши обстеження дітей, старших 12 років, нами було встановлено, що вони мають межові психічні порушення (акцентуації характеру, депресивний синдром, психопатії тощо), які з часом можуть перерости в глибокі психічні розлади. Із метою подальшого попередження розвитку вищезазначених станів (тяжчих психічних порушень) у дітей молодшого та старшого шкільного віку, ми проводили корекційну роботу з хворими дітьми саме цієї вікової категорії.

Провівши клініко-лабораторне і діагностичне обстеження 152 дітей віком 7–12 років, хворих на ЦД-1 і ХТ, було виявлено, що 94 дитини мають психологічні порушення (агресія, тривожність, виснаження, страхи тощо), що становило 61,8% від загальної кількості обстежуваних нами дітей. Використовувались діагностичні методики, які логічно доповнювали одна одну, могли легко застосовуватись у лікувальних закладах, адаптовані для дітей цієї вікової категорії, а саме: методика вивчення фрустраційних реакцій С. Розенцвейга, проєктивні методики «Кактус» і «Неіснуюча тварина».

Проаналізувавши отримані результати обстежених дітей, дійшли висновку про необхідність застосування психокорекції до цієї категорії дітей. Позитивна динаміка від психокорекції можлива у тому випадку, якщо є взаємозв'язок між психологом, педагогом і дітьми та їхніми батьками.

Для перевірки ефективності запропонованої програми діти, які брали участь в обстеженні, були поділені на дві групи: експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ). До ЕГ увійшло 45 дітей, які активно залучалися до роботи, і завдання, які їм пропонувалися, ставилися з урахуванням особистості загалом. Застосовували як індивідуальну, так і групову корекційну роботу. Перевагу надавали індивідуальній психокорекції, оскільки вона

комплексно впливає на інтелектуальну, поведінкову й емоційну сфери дитини.

Робота з дітьми цієї вікової категорії починалася з індивідуальних корекційних занять тривалістю 15–20 хв. Заняття проводилися 2–3 рази на тиждень, а за необхідності (часті пропуски занять, високий рівень агресивної поведінки) їх кількість збільшувалася. Програма починалася з проведення індивідуальних занять (25–30 занять, 1–2 рази на тиждень). Індивідуальні заняття продовжувалися 2–3 місяці. Після цього залучали дітей у групи для проведення групових занять, які тривали 30–40 хв, 1–2 рази на тиждень (кількість дітей у групі 4–5). Тривалість психокорекційної програми була розрахована на один рік.

У випадках, коли дитина категорично відмовлялася працювати в групі, або з якихось причин її робота в групі була неможливою (високий рівень тривожності, патологічний страх, виражена загальмованість, високий рівень агресивної поведінки), початок групових занять відкладався. Кожне заняття складалося з трьох частин: організаційно-підготовчої, основної і заключної. Організаційно-підготовча частина передбачала створення робочої атмосфери, зосередження уваги дітей на занятті. У доступній формі пояснювалася мета заняття, виконувалися окремі вправи на релаксацію. Основна частина передбачала виконання запланованих ігор, вправ, завдань, спрямованих на краще усвідомлення тих чи інших емоційних реакцій і станів. У ігровій формі в змодельованих ситуаціях відбувалося формування у дітей адекватного реагування. Заключна частина передбачала виконання окремих вправ на релаксацію, зняття емоційного збудження, обговорення того, що не сподобалося і не вдалося виконати. При груповій психокорекції виконувалися завдання на групову інтеграцію та психорегулюючі вправи.

У лікувальних закладах ми використовували методи арт-терапії (ізотерапія, музикотерапія, ігротерапія, аплікація, ліплення тощо) з дітьми, хворими на ЦД-1 і ХТ, у яких спостерігалися емоційні порушення. Діти, які довготривало (до 1 місяця) перебували в ендокринологічному відділенні, проходили психокорекцію з психологом клініки «Охматдит» і психологами-волонтерами. Якщо дитина в лікувальному закладі перебувала з батьками, до програми психокорекції залучали і батьків, із якими проводили бесіди, круглі столи, пояснювали, як після виписки дитини зі стаціонару в домашніх умовах використовувати методи арт-терапії.

Після виписки зі стаціонару психолог давав рекомендації (програми) психологічної корекції та пропонував продовжувати їх використання за місцем проживання. Психолог, із яким вони займалися вдома, мав право доповнювати та змінювати програму за необхідності. Програма психологічної корекції включала заняття з батьками і педагогами.

Основним завданням психокорекції досліджуваної вікової категорії дітей було формування й розвиток навичок і вмій життєдіяльності й поведінки на основі прояву суб'єктних, внутрішньоособистісних регуляторів поведінки. Тому заняття були спрямовані насамперед на розвиток: самооцінки та довільної саморегуляції поведінки; позитивного самоствалення; навичок розпізнавання та демонстрації емоцій; навичок спілкування.

Пропонувалися ігри на взаємодію на рівні емоцій («Телефон настрою», «Море хвилюється»); на переживання емоцій страху, радощів, взаємодопомоги та співчуття («Злий Змій Горинич»); на сумісну діяльність тощо. Оскільки негативні емоційні прояви дитини супроводжуються напруженням усіх груп м'язів, пропонували поєднувати ігротерапію з музикотерапією для релаксації та зняття психоемоційного напруження («Сонечко і жмаринка», «Холодно – жарко»).

Запропонована нами програма психокорекції спрямована на зменшення відчуття страху, агресії, тривожності, виснаженості, що допоможе дитині легко вступати в контакт із медичним персоналом, сприятиме уникненню психологічних травм під час парентеральної щоденної інсулінотерапії, розвиватиме комунікативні здібності, сприятиме адаптації в соціумі, що в свою чергу сприятиме менш агресивному перебігу ЦД-1 і ХТ. Дієвість програми перевіряли повторним діагностичним обстеженням дітей ЕГ тими ж методиками, що і для виявлення. Отримані результати порівнювали з КГ дітей, із якими корекційна робота не проводилась.

Таблиця 1

Показники агресивності до і після корекційної роботи з дітьми за проективною методикою «Кактус»

Показники агресивності	КГ (до корекції) n = 49 (%)	ЕГ (до корекції) n = 45 (%)	КГ (без корекції) n = 49 (%)	ЕГ (після корекції) n = 45 (%)
1	2	3	4	5
Великий малюнок, займає 2/3 аркуша по висоті	37 (75,5%)	34 (75,5%)	29 (59,2%)	16 (35,5%)

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5
Часті голки, розташовані по всьому малюнку	43 (87,7%)	39 (86,6%)	34 (69,4%)	12 (26,6%)
Голки гострі, довгі	46 (93,8%)	41 (91,1%)	34 (69,4%)	9 (20%)
Лінії, що не потрапляють в одну точку	30 (61,2%)	33 (73,3%)	22 (44,9%)	11(24,4%)
Середнє значення за показниками агресивності	39 (79,6%)	37 (81,6%)	30 (60,8%)	12 (26,6%)

Продіагностувавши дітей, відзначили, що після застосування корекційної програми середній показник агресивності за цією методикою у дітей ЕГ зменшився майже втричі – з 81,6% до 26,6%. Середній показник агресивності у дітей КГ суттєво не змінився.

Таблиця 2

Показники агресії до і після корекційної роботи з дітьми за проективною методикою «Неіснуюча тварина»

Показники агресії	КГ(до корекції) n = 49 (%)	ЕГ (до корекції) n = 45 (%)	КГ (без корекції) n = 49 (%)	ЕГ (після корекції) n = 45 (%)
Вербальна агресія	26 (53%)	17 (37,8%)	19 (38,8%)	8 (17,7%)
Захисна вербальна агресія	19 (38,8%)	15 (33,3%)	17 (34,7%)	8 (17,7%)
Спонтанна агресія	8 (16,3%)	11 (24,4%)	8 (16,3%)	2 (4,4%)
Агресивний самозахист	15 (30,6%)	17 (37,8%)	13 (26,5%)	5 (11,1%)

Проаналізовано, що після корекції у дітей ЕГ у 2 рази зменшились прояви вербальної агресії – з 37,8% до 17,7% та спонтанної агресії – з 24,4% до 13,3%. Також зменшився агресивний самозахист – з 37,8% до 11,1%. Значних змін у дітей контрольної групи не спостерігалось.

Отже, ми відзначили значне зменшення проявів агресивної поведінки у дітей, спрямованої на медичний персонал, своїх однолітків, що підтвердилось проведеними нами двома діагностичними методиками. Нівелювання чи зменшення проявів агресії сприятиме покращенню загального стану дитини, а саме змен-

шенню виснаженості, астенічних проявів і буде спостерігатися адекватніше ставлення до своєї хвороби.

Виокремлені нами психологічні чинники показали зменшення їх проявів у дітей ЕГ (табл. 3).

Таблиця 3

Результати зміни показників психологічних чинників до і після корекційної роботи за проективною методикою «Неіснуюча тварина»

Психологічні чинники	КГ (до корекції) n = 49 (%)	ЕГ (до корекції) n = 45 (%)	КГ (без корекції) n = 49 (%)	ЕГ (після корекції) n = 45 (%)
Тривожність	37 (75,5%)	31 (68,9%)	35 (71,4%)	7 (15,5%)
Виснаження	37 (75,5%)	39 (86,6%)	23 (46,9%)	13 (28,9%)
Наявність проблем і труднощів у спілкуванні	15 (30,6%)	9 (20%)	13 (26,5%)	2 (4,4%)
Захист від оточуючих зі страхом і тривогою	17 (34,7%)	21 (46,6%)	15 (30,6%)	7 (15,5%)
Захист від оточуючих із підозрою	14 (28,6%)	13 (28,9%)	13 (26,5%)	5 (11,1%)
Готовність до захисту будь-якого рівня та в різноманітних ситуаціях	14 (28,6%)	13 (28,9%)	12 (24,5%)	5 (11,1%)

Отже, після проведених корекційних занять у дітей ЕГ зменшилися прояви агресії, тривожності, виснаження, захисту від оточуючих.

Таблиця 4

Результати дослідження фрустраційних реакцій до і після корекційної роботи

Фрустраційні реакції	КГ (до корекції) n = 49 (%)	ЕГ (до корекції) n = 45 (%)	КГ (без корекції) n = 49 (%)	ЕГ (після корекції) n = 45 (%)
Екстрапунитивні	27 (55,1%)	29 (64,4%)	25 (51,0%)	11 (24,4%)
Імпунитивні	23 (46,9%)	11 (24,4%)	21 (42,8%)	4 (8,8%)
Інтропунитивні	7 (14,3%)	5 (11,1%)	6 (12,2%)	1 (2,2%)

Прояви фрустраційних реакцій у дітей перевіряли за допомогою методики вивчення фрустраційних реакцій С. Розенцвей-

га та виявили значне зменшення у дітей ЕГ після корекції екстрапунитивних реакцій – із 64,4% до 24,4% та імпульсивних – із 24,4% до 8,8%.

Висновки та перспективи подальших наукових розвідок. Отже, після проведеної індивідуальної корекційної роботи з'ясовано, що у більшості дітей агресивні прояви до однолітків і медичного персоналу зменшились. Це було відзначено не тільки психологом, а і вчителями та батьками. У груповій роботі, хоч меншою мірою, але агресивна поведінка проявлялася. На нашу думку, це може бути пов'язано з тим, що деякі діти за станом здоров'я не відвідували регулярно заняття та навчались за індивідуальним графіком, а отже, менше перебували в соціумі. Вищезначене потребувало збільшити кількість групових занять у програмі. Також зменшилась кількість дітей зі страхами, тривожністю, виснаженістю. Слід зазначити, що у незначного відсотка дітей після застосування психокорекційної програми залишилися прояви агресії, страхи, тривожність, замкненість тощо. Це пов'язано, на нашу думку, з нерегулярним відвідуванням занять, байдужістю батьків щодо проведення занять удома, частими загостреннями супутньої патології, а саме хронічного тонзиліту.

Спостереження за дітьми ЕГ упродовж шести місяців після завершення корекційної програми показали, що діти навчилися реагувати на дратування менш агресивно, більш стримано сприймати фруструючі ситуації. Крім того, у дітей покращилися міжособистісні стосунки, вони стали з більшим розумінням ставитися до почуттів і вчинків інших дітей, підвищилася їхня готовність до колективної форми діяльності.

На позитивні зміни в поведінці дітей ЕГ вказували також батьки і вчителі. Було зазначено, що у дітей зменшились прояви агресивної та з'явилися прояви більш адаптивної поведінки, зменшились прояви тривоги й страху.

Безсумнівним досягненням психокорекційної роботи було те, що вона позитивно комплексно вплинула не лише на емоційно-вольову сфери дитини, а й на інтелектуальну.

В інтелектуальній сфері діти почали:

- частково усвідомлювати мотиви своєї поведінки, особливості своїх стосунків, емоційних і поведінкових реакцій;
- розуміти неконструктивний характер низки своїх дій, емоційних і поведінкових стереотипів;

- усвідомлювати міру своєї участі у виникненні конфліктних і психотравмуючих ситуацій;
- певним чином реагувати у разі виникнення провокуючих ситуацій.

В емоційній сфері:

- покращилися розуміння й вербалізація власних почуттів та емоцій;

– модифікувався спосіб переживань, емоційного реагування.

У вольовій сфері діти:

- навчилися стримувати свої неадекватні реакції;
- виробили й закріпили адекватні форми поведінки й реагування на основі досягнень у пізнавальній та емоційній сферах.

Отже, слід констатувати, що проведене емпіричне дослідження дає нам підстави стверджувати, що досліджувані діти з ЦД-1 та ХТ потребують спеціальної медико-психолого-педагогічної допомоги для того, щоб агресивність не закріплювалася як патологічна риса особистості; страхи, тривожність, виснаження не перейшли у підлітковому віці у депресивні стани, акцентуації характеру, іпохондричні синдроми, психопатії тощо, що в подальшому ускладнюватиме перебіг основного захворювання. Психопрофілактика має стати тією складовою системи, яка сприятиме попередженню виникнення вищеписаних станів у дітей будь-якої вікової категорії.

Психопрофілактичну роботу доцільно проводити на базі дитячих ендокринологічних центрів, громадських організацій, що займаються соціально-психологічною адаптацією дітей із ЦД, і в першу чергу – в «Школах діабету», в яких дітьми засвоюється інформація про власну хворобу, формуються навички самоконтролю і продуктивної взаємодії з лікарем, що є найважливішою умовою збереження здоров'я і соціально-психологічної адаптації дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Мета навчання в «Школі діабету» – допомогти пацієнту в формуванні адекватної поведінки (регулярний прийом медичних препаратів, модифікація харчування, проведення контрольних заходів тощо). Терапевтичне навчання надає дітям і їх батькам змогу опанувати вміннями, що дозволяють оптимально управляти своїм життям із захворюванням. Навчання в «Школі діабету» являє собою безперервний процес, який повинен бути інтегрований у систему медичної допомоги; включати інформацію навчання «самопомоги» і психологічну підтримку щодо захворювання і запропонованого лікування. Зміст основних положень терапевтичного

навчання передбачає розширення рамок діяльності лікаря за межі біомедицини й охоплення психологічних і соціальних аспектів хронічного захворювання. Тому пацієнти з ЦД-1 і ХТ потребують на всіх етапах перебігу захворювання не тільки медичного супроводу, а й психологічного.

Список використаних джерел

1. Волгина И. Е. Значимость исследования цитологического состава содержимого крипт небных миндалин для определения их функционального состояния при хроническом тонзиллите / И. Е. Волгина, Ю. В. Гавриленко // Международный научно-практический журнал «Лабораторная диагностика. Восточная Европа». – 2017. – № 4 (6). – С. 535–546.
2. Гавриленко Ю. В. Особенности поражения ЛОР-органов у детей и подростков с сахарным диабетом I типа / Ю. В. Гавриленко // Современная педиатрия. – 2015. – № 7 (71). – С. 62–65.
3. Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский. – М. : Московский университет, 1990. – 132 с.
4. Логопсихологія : навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Знання, 2010. – 293 с.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Volgina I. E. Znachimost' issledovaniya citologicheskogo sostava soderzhimogo kript nebnnyh mindalin dlja opredeleniya ih funktsional'nogo sostojaniya pri hronicheskom tonzillite / I. E. Volgina, Ju. V. Gavrilenko // Mezhdunarodnyj nauchno-prakticheskij zhurnal «Laboratornaja diagnostika. Vostochnaja Evropa». – 2017. – № 4 (6). – S. 535–546.
2. Gavrilenko Ju. V. Osobennosti porazhenija LOR-organov u detej i podrostkov s saharnym diabetom I tipa / Ju. V. Gavrilenko // Sovremennaja pediatrija. – 2015. – № 7 (71). – S. 62–65.
3. Lebedinskij V. V. Jemocional'nye narushenija v detskom vozraste i ih korrekciya / V. V. Lebedinskij. – M. : Moskovskij universitet, 1990. – 132 s.
4. Logopsihologija : navch. posib. / S. Ju. Konopljasta, T. V. Sak ; za red. M. K. Sheremet. – K. : Znannja, 2010. – 293 s.

Received February 26, 2018

Revised March 21, 2018

Accepted April 18, 2018