

Міністерство освіти і науки України  
Департамент науки і освіти Харківської обласної державної адміністрації  
Комунальний заклад «Харківська обласна Мала академія наук Харківської  
обласної ради»

Відділення хімії та біології  
Секція: охорона здоров'я

**ОЦІНКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ ДІТЕЙ НА СТАН ЇХ ЗДОРОВ'Я  
ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ З ПРИВОДУ  
ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Роботу виконала:

**Фішензон Фаїна Феліксівна**,  
учениця 11 класу Комунального закладу  
«Харківський науковий ліцей  
"Обдарованість"» Харківської обласної  
ради

Наукові керівники:

**Цимбал Валентин Миколайович**, доцент  
кафедри педіатрії № 2 Харківського  
національного медичного університету,  
кандидат медичних наук;

**Лосєва Наталія Леонідівна**, вчитель  
біології Комунального закладу  
«Харківський науковий ліцей  
«Обдарованість"» Харківської обласної  
ради»

## ОЦІНКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ ДІТЕЙ НА СТАН ЇХ ЗДОРОВ'Я ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ З ПРИВОДУ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

**Фішензон Фаїна Феліксівна**, Комунальний заклад «Харківський науковий ліцей "Обдарованість"» Харківської обласної ради; 11 клас; село Яковлівка Харківського району Харківської області;

**Цимбал Валентин Миколайович**, доцент кафедри педіатрії № 2 Харківського національного медичного університету, кандидат медичних наук;

**Лосєва Наталія Леонідівна**, вчитель біології Комунального закладу «Харківський науковий ліцей "Обдарованість"» Харківської обласної ради»

Дослідження присвячене вивченню індивідуальної реакції дітей на стан їхнього здоров'я після проведеного лікування з приводу злоякісних захворювань системи крові. Ці захворювання належать до однієї з найскладніших та актуальних проблем дитячої гематології, що пов'язано зі зростаючою поширеністю захворювань, тяжкістю їх перебігу, складністю терапії та можливими її ускладненнями, що обтяжують прогноз захворювання.

Якість життя, пов'язана із хворобою – це багатовимірна конструкція, яка охоплює фізичне здоров'я, а також психологічні, емоційні та соціальні аспекти. Оцінка якості життя дітей, які мають важкі захворювання, допоможе оцінити всі компоненти здоров'я та в подальшому сприятиме їхній адаптації.

Мета роботи – дослідити необхідність оцінки якості життя у дітей, які страждають на онкогематологічні захворювання після отриманої поліхіміотерапії. Для реалізації поставленої мети проаналізовано сучасну наукову літературу, проведено анкетування дітей та їх батьків щодо оцінки стану їх здоров'я та якості життя. За допомогою спеціальних опитувальників були оцінені фізична, соціальна, емоційна активність та активність у дитячому садку чи школі, у дітей, які отримували поліхіміотерапію, у періоді ремісії основного захворювання.

Авторкою розглянуто основні аспекти впливу поліхіміотерапії на показники компонентів здоров'я (фізичного, психологічного, емоційного та соціального) у дітей з онкологічними захворюваннями.

Усі форми активності у дітей, які отримували поліхіміотерапію по своєму захворюванню, були порушені, навіть, у фазі ремісії основного захворювання. У дітей, що страждають на онкологічну патологію, відмічалось погіршення якості життя, а також зниження соціальної адаптації.

Оцінка якості життя є важливим критерієм визначення ефективності лікування й обов'язково повинна проводитися у онкогематологічних пацієнтів, оскільки, навіть, у фазі ремісії їм потрібна психологічна підтримка.

**Ключові слова:** діти, якість життя, онкологічні захворювання, поліхіміотерапія

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....	8
1.1. Захворювання системи крові.....	8
1.2. Поліхіміотерапія та її вплив на дітей.....	9
1.3 Якість життя пацієнтів на тлі проведення поліхіміотерапії.....	10
Висновки до розділу 1.....	12
РОЗДІЛ 2. ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	13
2.1. Вибір інструментів дослідження оцінки якості життя.....	13
2.2. Методика анкетування.....	14
Висновки до розділу 2.....	17
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ .....	18
Висновки до розділу 3.....	29
ВИСНОВКИ.....	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	31
ДОДАТКИ.....	34

## ВСТУП

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів».

У контексті поняття «здоров'я» важливе місце займає оцінка якості життя. За рекомендаціями ВООЗ якість життя трактується як комплексний та суб'єктивний показник, який відображає рівень задоволення та комфорту особи у всіх аспектах її життя. Це поняття включає різноманітні складові, такі як фізичне здоров'я, психічний стан, соціальні відносини, економічний статус, освіта, розваги та інші аспекти життя.

Якість життя оцінюється індивідуально кожною людиною, оскільки кожна має свої унікальні цінності, прагнення та очікування. Для одних це може бути матеріальний достаток, для інших – важливі відносини, розвиток особистості, здоров'я чи вплив на суспільство.

Разом із поняттям здоров'я обов'язковою є оцінка якості життя дитини, яка страждає на ту чи іншу патологію. У даний час оцінка якості життя використовується для індивідуального контролю стану пацієнта до та після лікування, розробки принципів паліативної терапії, оцінки ефективності програм лікування та профілактики, експертизи нових лікарських засобів та препаратів, визначення прогнозу виживання. За даними літератури, погіршення якості життя у дітей з онкогематологічною патологією пояснюється болісними медичними маніпуляціями (часті взяття крові, тривалі крапельниці з ліками), діагностичним та хірургічним втручанням (взяття кісткового мозку, забір спинномозкової рідини), інтенсивною хіміотерапією. Крім того, діти, що страждають на хвороби системи крові, тривалий час не мають змоги бачити друзів, рідних, а інколи переживають за інших дітей, які знаходяться поруч з ними в лікарнях.

При тривалому перебуванні в лікарняних відділеннях дуже страждає емоційний стан та соціальна адаптація дітей.

Одним із основних методів лікування онкогематологічних пацієнтів є поліхіміотерапія. Це ефективний метод лікування хворих, але дуже часто він має побічні ускладнення, що в тому числі впливають на якість життя дитини. Тому на сьогодні є важливим та актуальним питання менеджменту побічних ефектів поліхіміотерапії на ранніх стадіях та проведення заходів щодо їх профілактики.

**Мета дослідження** – дослідити необхідність оцінки якості життя у дітей, які страждають на онкогематологічні захворювання та пройшли курс поліхіміотерапії.

Зазначена мета передбачає розв’язання наступних **завдань**:

1. Розглянути проблему шляхом аналітичного огляду наявної літератури
2. Провести пошук методів оцінки якості життя у дітей після проведеної поліхіміотерапії.
3. Анкетування пацієнтів та батьків пацієнтів Обласного гематологічного центру КНП “Міська клінічна дитяча лікарня №16” Харківської міської ради.
4. Статистична обробка та аналіз отриманих результатів проведеного анкетування.

Робота є подовженням наукового дослідження колективу кафедри педіатрії №2 Харківського національного медичного університету з оцінки якості життя у дітей з онкогематологічною патологією. Авторка брала участь у розробці опитувальника, зборі даних та створенні бази даних. Текст конкурсної роботи не містить запозичень з інших наукових робіт за даною темою.

**Об’єкт дослідження** – якість життя дітей, що страждають на онкогематологічну патологію та пройшли курс поліхіміотерапії.

**Предмет дослідження** – вплив онкогематологічних хвороб та проведеної поліхіміотерапії на якість життя дітей.

**Методи дослідження:** аналіз наукової літератури, анкетування за допомогою опитувальників з оцінки якості життя, методи статистичної обробки даних.

**Наукова новизна дослідження:** доповнено знання в галузі оцінки якості життя дітей з онкогематологічними захворюваннями, проведено пошук та впровадження нових методів та підходів до її вимірювання, розуміння та покращення життєвого добробуту цих дітей. У роботі набули подальшого розвитку дані щодо впливу поліхіміотерапії на якість життя дітей.

**Практичне значення результатів дослідження.** Викладені у роботі результати допомагають прогнозувати зміну рівня якості життя дітей після проведеної поліхіміотерапії.

**Структура наукової роботи** складається зі вступу, трьох розділів, п'ятипідрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Зміст роботи викладено на 21 сторінці основного тексту і включає 6 таблиць та 12 малюнків.

## РОЗДІЛ 1

### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

#### 1.1. Захворювання системи крові

Виходячи з аналізу літературних даних можна стверджувати, що класифікація хвороб системи крові у дітей охоплює велику кількість патологій, які мають численну кількість підтипів. Зустрічаються гострі та хронічні варіанти перебігу хвороби [23,24]. Проте, гострий перебіг не означає, що хвороба швидко мине. Здебільшого процес лікування триває місяцями, а то і роками. Лікування, яке отримує пацієнт з онкогематологічним захворюванням, має назву поліхіміотерапія.

Однією з найпоширеніших злоякісних хвороб крові у дітей є лейкемія [17,24]. Відомо, що кров складається з різних типів клітин, які утворюються в кістковому мозку. При лейкемії кістковий мозок виробляє аномальні клітини крові, замість нормальних. Аномальні клітини ростуть безконтрольно, потрапляють у кров і подорожують тілом. Коли кількість аномальних клітин крові стає критичною з'являються симптоми захворювання.

Існують різні види лейкемії. Деякі види прогресують швидко, а інші повільно. Гострі лімфобласні лейкози та лімфоми складають приблизно одну третину всіх дитячих злоякісних новоутворень і є найпоширенішими формами раку у дітей: вони зустрічається у дітей у п'ять разів частіше, ніж гострий мієлоїдний лейкоз [3, 23, 25]. Щороку в Сполучених Штатах у дітей діагностується приблизно від 2500 до 3500 нових випадків із частотою приблизно 3,4 випадків на 100 000 [23]. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в Україні щороку фіксується понад 3,5 тисячі нових випадків лімфоми, а на обліку у 2017 році перебувало майже 33 тисячі людей. А Національним канцер-реєстром України, у 2020 році було зареєстровано 2422 випадки меланоми, трохи більше ніж третину випадків – 37,7 % – виявили під час профілактичних оглядів. Пік

захворюваності на ГЛЛ припадає на вік від двох до п'яти років, частіше хворіють хлопчики [5, 16, 20, 23]. Захворюваність на дитячу лейкемію постійно зростає, про що свідчить багато досліджень [10, 11, 12]. Також збільшується кількість вроджених лейкемій.

## **1.2. Поліхіміотерапія та її вплив на дітей**

Поліхіміотерапія – це ефективний метод лікування онкогематологічних захворювань у дітей. Якщо поліхіміотерапія розпочата своєчасно, відповідно до типу захворювання, то це дає змогу одужати в більшості випадків та дозволяє зупинити прогресування хвороби [20]. Однак це лікування часто викликає серйозні побічні ефекти. Знання про можливі побічні ефекти поліхіміотерапії у дітей допомагають своєчасно вжити необхідних заходів для їх профілактики або лікування. Діти більш схильні до розвитку побічних ефектів поліхіміотерапії, ніж дорослі. Це пов'язано з тим, що діти мають більш швидкий обмін речовин, крім того, органи і системи дітей ще не повністю розвинені. Діти з особливими станами або генетичними захворюваннями, на жаль, мають вищі ризики розвитку побічних ефектів поліхіміотерапії.

Вплив поліхіміотерапії на організм дитини може бути довгостроковим. Деякі побічні ефекти поліхіміотерапії можуть проявлятися або погіршуватися через багато років після закінчення лікування. Наприклад, у дітей, які отримували хіміотерапію, може бути підвищений ризик розвитку онкологічних захворювань, захворювань серця і судин, а також проблем з репродуктивною системою.

Нижче наведено деякі з найбільш поширених побічних ефектів поліхіміотерапії у дітей:

- пошкодження кісткового мозку: це може призвести до зниження кількості лейкоцитів, еритроцитів і тромбоцитів, що збільшує ризик інфекцій, анемії, кровотеч;



- пошкодження шлунково-кишкового тракту: це може призвести до нудоти, блювання, діареї або закрепи. В окремих випадках виникають важкі ураження травної системи;

- пошкодження шкіри, її похідних (волосяних фолікул, нігтів) та слизових оболонок - це призводить до випадіння волосся, сухості шкіри, запалення слизових оболонок та інфекцій;

- порушення обмінних процесів: призводить до стомлюваності, відсутності апетиту, втрати ваги та інших проявів;

- ураження нервової системи, яке проявляється головним болем, судомою, емоційними змінами та порушеннями сну.

Для зменшення побічних ефектів поліхіміотерапії у дітей можуть бути призначені додаткові препарати або заходи. Наприклад, для профілактики нудоти і блювання можуть бути призначені протиблювотні препарати, які розроблені спеціально для дітей. Для профілактики випадання волосся –препарати, які сприяють росту волосся, які також розроблені спеціально для дітей.

### **1.3. Якість життя пацієнтів на тлі проведення поліхіміотерапії**

За даними ВООЗ, якість життя - це сприйняття людиною своєї життєвої позиції в контексті культури та систем цінностей, в яких вона живе, і стосовно своїх цілей. Якщо говорити про якість життя, то вона включає в себе широкий спектр параметрів: фізичне здоров'я, безпека, освіта, матеріальний достаток, свободу та ін. Якість життя нерозривно пов'язана зі здоров'ям людини, а отже включає в себе фізичний, соціальний та психологічний добробут людини, а не просто відсутність захворювання [12]. Якість життя є багатовимірною конструкцією, яка охоплює фізичний стан, психосоціальні аспекти емоційного та соціального здоров'я [2].

Заклади охорони здоров'я все більше використовують цілісні підходи до надання медичної допомоги, які враховують якість життя [13, 22]. На сучасному етапі якість життя стає вирішальним показником оптимальної медичної допомоги та одужання. Інформація про власне сприйняття дітьми, наскільки погіршується їхнє життя, допоможе батькам, медичним працівникам отримати уявлення про специфічні потреби, що дасть змогу допомогти покращити стан дитини.

Провівши аналіз літературних джерел було встановлено, що в даний час дослідження якості життя використовується для індивідуального контролю стану пацієнта до та після лікування, розробки принципів паліативної терапії, оцінки ефективності програм лікування та профілактики, експертизи нових лікарських засобів, визначення прогнозу тощо [1,3, 4, 10, 13].

Показники якості життя безпосередньо залежать від типу хвороби, її важкості, перебігу, тривалості, тощо. Особливістю якості життя у онкологічних хворих є те, що їх суб'єктивні відчуття можуть бути непомітні лікарю, хоча, в деяких випадках, покращення самопочуття для пацієнта важливіше за об'єктивні зміни [5,7, 9, 11].

Якість життя в дитячій практиці відображає сприйняття та оцінку дитиною різних сфер життя, що мають для неї значення. Вона характеризує відчуття, проблеми та переживання дітей, які пов'язані з їх захворюванням, лікуванням та адаптацією [7, 13].

Дослідження якості життя у дітей має свої особливості. Якість життя дитини молодше 5 років оцінюють батьки чи інші особи з її оточення. Після 5 років якість життя оцінюють як батьки, або інші особи з оточення, так і самі діти[11]. Часто оцінки батьків та дітей не збігаються. Інколи можна проводити опитування дітей та їх батьків в різний час, для того щоб уникнути надлишкового впливу та отримати достовірні результати.

Погіршення якості життя у дітей, що страждають на злоякісні захворювання крові, пояснюється болісним клінічним, діагностичним та хірургічним втручанням,

інтенсивною хіміотерапією та госпіталізацією[9, 15]. Аналіз літератури показав, що фізичні, емоційні та соціальні аспекти якості життя онкохворих дітей відрізняються залежно від різних демографічних факторів, наприклад, віку і статі, а також факторів, пов'язаних із захворюванням та лікуванням, наприклад, діагноз, тривалість і вид лікування [8, 11, 14].

Наприклад, діти, порівняно з підлітками, повідомили про нижчу якість життя протягом початкового періоду після встановлення діагнозу. Літературні джерела свідчать, що дівчатка частіше повідомляють про нижчу якість життя, ніж хлопчики, зокрема в когнітивному та емоційному аспектах [18].

Проведені дослідження виявляють, що рівень якості життя також залежить від культурних особливостей регіону, таких як віросповідання, рівень освіти в суспільстві, економічного розвитку та загального добробуту суспільства. Наприклад, результати проведених досліджень оцінки якості життя дітей, хворих на лейкози, відрізнялись в країнах Азії, Європи та Сполучених Штатах Америки[6, 8, 14, 16, 19, 22]. Це можна пояснити різними способами виховання дітей, відношенням до хвороб в цілому, доступність надання медичної допомоги, що підтверджує необхідність вивчення особливостей показників якості життя на місцевому рівні.

У Харківській області ці фактори мають також свої особливості. Наприклад, доступність ліків для поліхіміотерапії, повітряні тривоги, які змушували пацієнтів спускатися в укриття під час проведення довготривалих інфузій.

### ***Висновки до 1 розділу***

1. Злоякісні хвороби крові належать до однієї з найскладніших та актуальних проблем дитячої гематології, зважаючи на важкість їх перебігу та складність терапії. Останніми роками відмічається зростання поширеності лейкемій у дітей.
2. Поліхіміотерапія – це ефективний метод лікування онкогематологічних захворювань у дітей. Однак вона також може викликати серйозні побічні ефекти, які можуть негативно вплинути на стан здоров'я дитини.
3. Важливо проводити оцінку індивідуальної реакції дитини на стан її здоров'я після перенесеної поліхіміотерапії, щоб своєчасно виявити та вжити заходидля профілактики або лікування побічних ефектів.
4. На якість життя впливають не тільки такі демографічні показники, як вік дитини, стать, але і особливості регіону проживання. Тому проведення подібних досліджень є дуже цікавим з точки зору особливостей Харківської області, третьому за тривалістю повітряних тривог регіону України.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Вибір інструментів дослідження оцінки якості життя

Основним інструментом оцінювання якості життя є міжнародно визнаний опитувальник PedsQL 4.0 [21]. Цей опитувальник допомагає оцінити якість життя, пов'язану зі здоров'ям дитини, тобто може бути використаний як у здорових дітей, так і дітей з гострими чи хронічними захворюваннями, його можуть заповнювати самі пацієнти та їхні батьки, існують різні форми для обох методів.

Опитувальник PedsQL широко використовується в різноманітних наукових та клінічних дослідженнях. Він допомагає оцінити ризики, відстежує стан здоров'я, оцінює вплив захворювання на якість життя. У педіатричній практиці він також може використовуватись для оцінки результатів лікування. Існують різні модулі PedsQL для різних станів здоров'я у дітей, таких як захворювання дихальної системи (наприклад, бронхіальна астма, алергічний риніт), хвороби суглобів (хронічний артрит) тощо [11, 21].

PedsQL можуть заповнювати діти різних вікових груп, від чого залежить версія опитувальника: для дітей віком 5–7, 8–12 та 13–18 років. Версії з оцінкою батьків доступні для дітей віком 2–4, 5–7, 8–12 і 13–18 років. Анкета містить 28 питань та складається з наступних розділів:

- 1) Фізична працездатність (9 питань).
- 2) Емоційне функціонування (7 питань).
- 3) Соціальне функціонування (6 питань).
- 4) Функціонування в школі або дитячому садку (6 питань).

У свою чергу, для оцінки якості життя у дітей, які страждають на онкогематологічні хвороби, ми використовували опитувальник, що був розроблений на кафедрі педіатрії №2 Харківського національного медичного

університету [11]. На цей опитувальник отримані авторські свідоцтва [11], його прототипом був міжнародний опитувальник PedsQL. За допомогою використаного опитувальника можна оцінити наявність проблем впродовж останнього місяця, він складається з аналогічних до PedsQL розділів, проте має більше питань, кількість яких залежить від віку пацієнта.

## 2.2. Методика анкетування

Дослідження було виконано у відповідності з принципами Гельсінської Декларації. Протокол дослідження схвалено Локальним етичним комітетом КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків та дітей.

Перед проведенням анкетування дітям та їх батькам у доступній формі було пояснено мету, цілі, завдання дослідження та навіщо проводиться вивчення якості життя. Отримано інформована згода батьків та дітей старше 7 років на участь у дослідженні. Під час опитування дітей та їх батьків збір інформації було проведено відповідно загальноприйнятих правил: пояснювалися незрозумілі питання, зазначалося право дитини та (або) батьків не відповідати на ті чи інші питання або ж у будь-який момент відмовитися від участі у дослідженні.

Цільовою групою респондентів були пацієнти обласного гематологічного центру КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради.

Для вивчення якості життя пацієнтів із злоякісними хворобами крові, дітям та їх батькам пропонувалося самотійно в письмовій формі відповісти на питання анкети. Ці результати відображають їхнє представлення про стан здоров'я, сприйняття навколишнього середовища і внутрішнього хвилювання дитини.

При відповіді на питання пацієнт та один із його батьків самотійно мав обирати ступінь обмеження відповідно до питання та обвести цифру, що знаходиться під відповіддю в кружечок.

Для зручності аналізу результатів оцінки якості життя дітей, бали, присвоєні відповіді, були перетворені в шкалу від 0 до 100, так, що більш високі значення відповідають більш високій якості життя (табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

**Відповідність оцінки якості життя у дітей, що страждають на онкогематологічні захворювання**

Вибрана відповідь	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
Початкова оцінка	0	1	2	3	4
Бали, конвертовані в шкалу від 0 до 100	100	75	50	25	0

Щоб створити бали для оцінки за шкалою, розраховують середнє значення як суму балів усіх питань, розділену на число отриманих відповідей (що враховує відсутні відповіді). Якщо пропущені більше 50% питань, бали для оцінки за шкалою не розраховуються. Умовне нарахування середнього значення за результатами отриманих відповідей в опитувальнику (за умови, що відповідь надійшла на 50% або більше запитань) є неупередженим і точним методом. Для того, щоб це зробити, підраховують число відсутніх відповідей в анкеті. Після цього треба скласти бали, присвоєні питанням, розділити їх на число питань в опитувальнику та відняти число відсутніх відповідей.

Результат відсоткової шкали відповідає наступним рівням якості життя:

71-100% – оптимальний рівень якості життя;

51-70% – середній рівень;

50% і менше – низький рівень.

В опитуванні взяли участь 54 дитини віком від 2-х до 18-ти років, які хворіють злоякісні хвороби крові, та/або їхні батьки. Відповідно до віку дітей було поділено на групи:

- 1 група (діти від 2-ох до 5-ти років) – 21 дітей;
- 2 група (діти від 5-ти до 8-ми років) – 13 дітей;
- 3 група (діти від 8-ми до 12-ти років) – 6 дітей;
- 4 група (діти від 12-ти до 18-ти років) – 14 дітей.

Усі пацієнти та/або їх батьки опитані в періоді гематологічної ремісії онкогематологічного захворювання дитини. Аналіз розподілу за статтю та віком наведений у таблиці 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Демографічний розподіл опитаних дітей**

Досліджувана група	Кількість пацієнтів	Кількість дівчат	Кількість хлопчиків
2-5 років	21	9	12
5-8 років	13	6	7
8-12 років	6	3	3
12-18 років	14	6	8
Усього	54	24	30

Оскільки групи є малими за кількістю дітей, ми не проводили статистичне порівняння між групами. У загальній когорті дітей не визначено достовірної різниці за статевим диморфізмом (44%; 56%,  $p=0,2151$ ).

При аналізі вікової структури була визначена тенденція до переважання питомої ваги дітей віком від 2 до 5 років ( $p=0,1522$ ;  $p=0,0963$ ;  $p=0,0011$ ), що



підтверджує літературні дані щодо піку захворюваності на лейкемії в цей віковий період.

Одним з завдань при виконанні наукової роботи було подолання мовного бар'єру з дітьми та мінімізувати можливу похибку у відповідях, через їх напруженість і скутість.

### ***Висновки до розділу 2***

1. Для вивчення якості життя пацієнтів із злоякісними хворобами крові було проведено анкетування, яке базувалося на використанні найбільш поширеного міжнародного опитувальника.
2. Зважаючи на особливості вибору пацієнтів, ми не змогли отримати велику кількість відповідей, що вплинуло на вибір методів статистичної обробки даних.

### РОЗДІЛ 3

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В нашій роботі ми провели розподіл дітей за якістю життя за наступними видами активності: фізичної, соціальної, емоційної та активності у школі чи дитячому садку (табл. 2.2).

У 1-й групі було 12 хлопчиків та 9 дівчат, середній вік становив 4,3 роки. Низький рівень фізичної активності та високий рівень скарг на стан здоров'я виявлено у 2 (9,5%) дітей, у 5 (23,8%) спостерігався середній рівень, а у 14 (66,7%) опитаних дітей був оптимальний рівень (рис. 3.1).

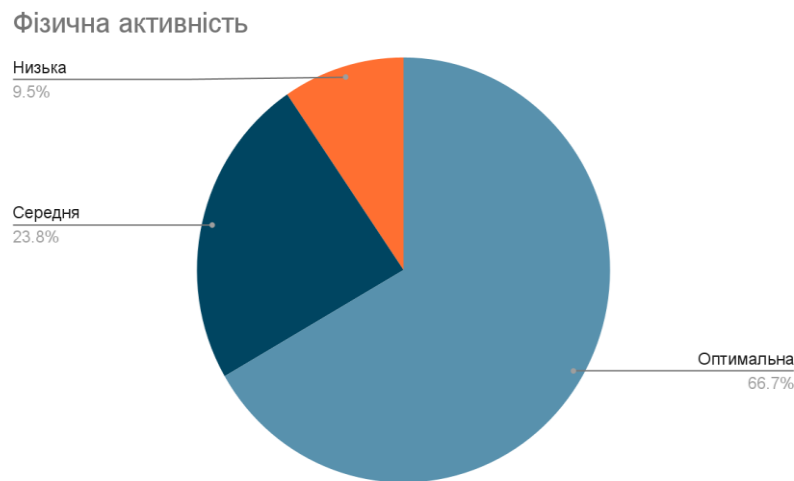


Рис. 3.1. Діаграма оцінки фізичної активності дітей з 1-ої групи

Низький рівень соціальної активності спостерігався у 2 (9,5%) дітей, у 4 дітей (19,0%) першої групи був середній рівень, у 15 пацієнтів (71,5%) був оптимальний рівень (рис. 3.2).

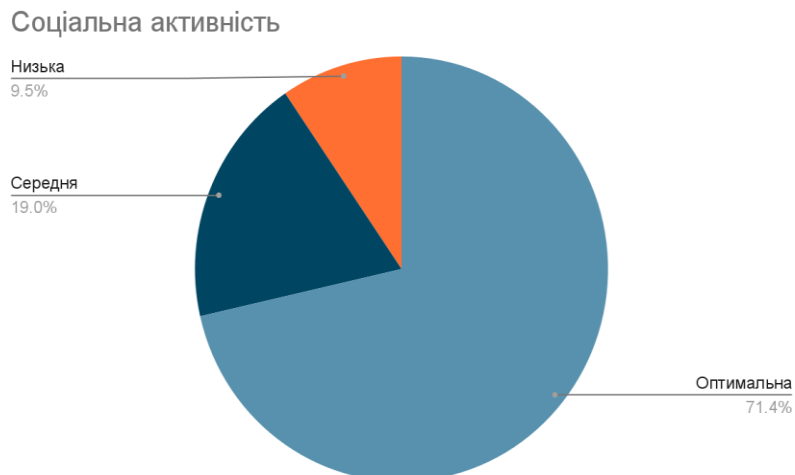


Рис. 3.2. Діаграма оцінки соціальної активності дітей з 1-ої групи

Емоційна активність була на низькому рівні у 5 (23,8%) дітей, середній рівень був у 7 (33,3%) дітей 1-ої групи, оптимальний рівень спостерігався у 9 обстежених (42,9%) (рис. 3.3).

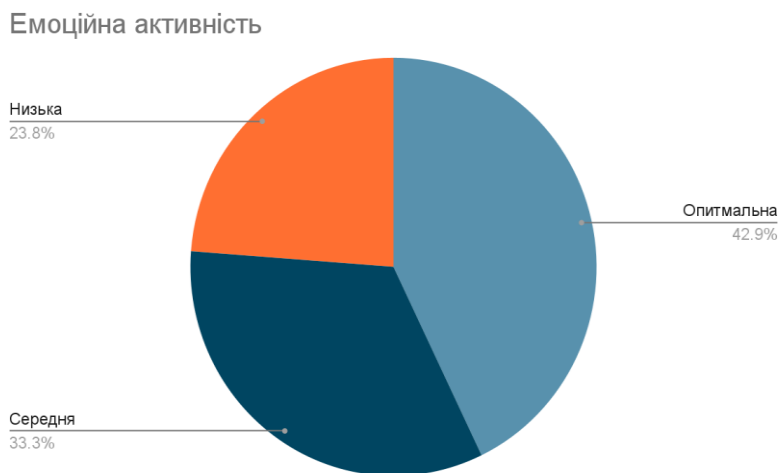


Рис. 3.3. Діаграма оцінки емоційної активності дітей з 1-ої групи

Активність у дитячому садку відповідала низькому рівню життя у 1 (14,3%) дитини, у решти 6 (85,7%) була оптимальною, частина дітей відвідували дитячий садочок дистанційно. 14 дітей не відвідували дитячий садок (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Діаграма оцінки активності в дитячому садочку у дітей з 1-ої групи

Результати анкетування в першій групі показують зниження рівня фізичної активності у 2 пацієнтів з загальної кількості досліджуваних. Ще в двох пацієнтів спостерігалось зниження соціальної активності. Активність дітей в дитячому садку складно оцінити зважаючи на те, що більшість пацієнтів не відвідує садочок. Інша частина дітей відвідувала садочок дистанційно. Більше половини дітей з групи мають знижені показники емоційної активності, що свідчить про хвилювання дітей, страх повернення хвороби та негативний досвід перенесеного захворювання. Результати оцінки якості життя дітей першої групи представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

### Показники рівнів якості життя у дітей 1-ої групи

Група	Якість життя	Фізична активність	Соціальна активність	Активність в дитячому садку	Емоційна активність
1	Низька	2	2	1	5
	Середня	5	4	-	7
	Оптимальна	14	15	6	9

У 2-й групі було 7 хлопчиків та 6 дівчаток, середній вік становив 7,8 років. Низький рівень фізичної активності та високий рівень скарг на стан здоров'я спостерігалися у 3 (23,1%) дітей, середній рівень відмічався у 3-ох анкетованих дітей (23,1%), у 7 (53,8%) дітей з 2-ої групи був оптимальний рівень (рис. 3.5).

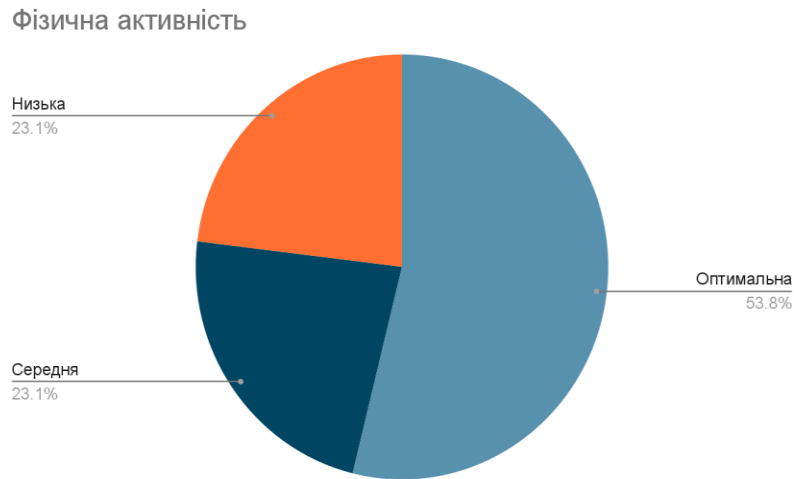


Рис. 3.5. Діаграма оцінки фізичної активності у дітей з 2-ої групи

Соціальна активність відповідала середньому рівню якості життя у 3 (23,1%) дітей, оптимальний рівень був у 10 (76,9%) анкетованих (рис. 3.6).

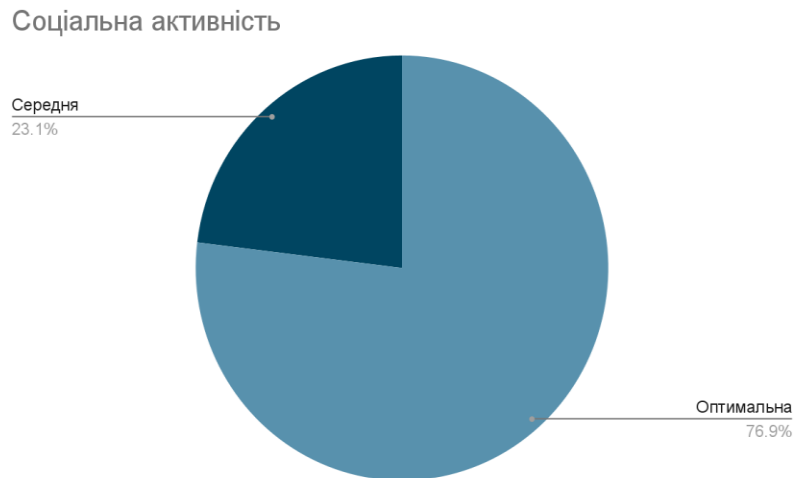


Рис 3.6. Діаграма оцінки соціальної активності у дітей з 2-ої групи

Активність у школі відповідає середньому рівню якості життя у 2 (8,3%) дітей, у решти 11 (91,7%) анкетованих рівень був оптимальним (рис. 3.7).

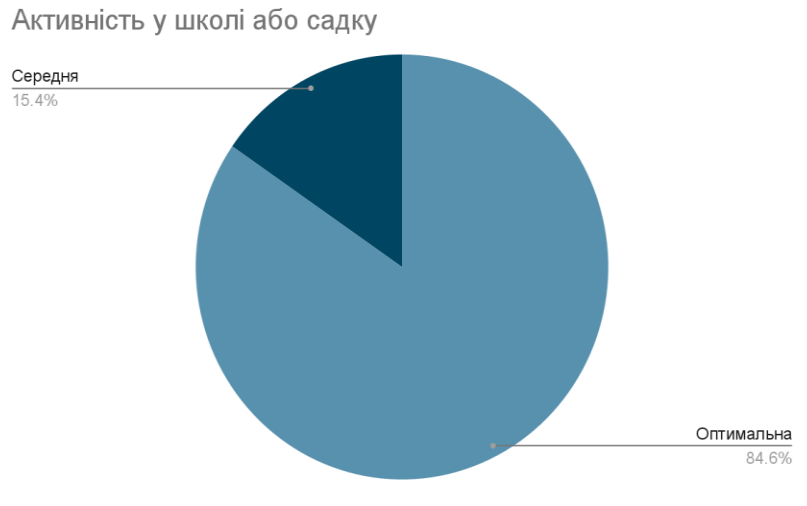


Рис. 3.7. Діаграма оцінки активності у школі дітей з 2-ої групи

Емоційна активність дітей з 2-ої групи відповідала низькому рівню якості життя у 5 (38,5%) анкетованих, середній рівень був у 4 (30,8%) дітей, оптимальний також відмічався у 4 (30,8%) пацієнтів (рис.3.8).

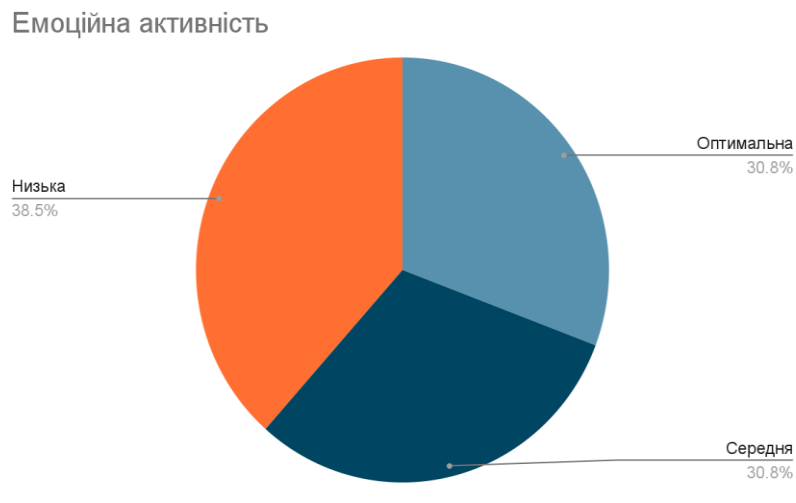


Рис. 3.8. Діаграма оцінки емоційної активності у дітей з 2-ої групи

Результати анкетування другої групи продемонстрували зниження рівня фізичної активності до низької та середньої майже у половини дітей, що ми розцінюємо збільшенням навантаження, яке пов'язане зі шкільною програмою. У дітей цієї групи соціальна активність та активність в школі мала в цілому позитивні результати, без низького показника якості життя. Більше половини дітей 2-ої групи оцінили зниження емоційної активності, що, на нашу думку, пов'язано з хвилюваннями, страхом та поганими спогадами від перенесеної хвороби (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

### Показники рівнів якості життя у дітей 2-ої групи

Група	Якість життя	Фізична активність	Соціальна активність	Активність в школі	Емоційна активність
2	Низька	3			5
	Середня	3	3	2	4
	Оптимальна	7	10	11	4

3-я група була найменшою, серед анкетованих було 3 хлопців та 3 дівчат, середній вік склав 10,7 років. У цій групі у 4 дітей показники фізичної, соціальної, емоційної активності та активності у школі відповідали оптимальному рівню. У двох дітей емоційна активність та активність у школі була на середньому рівні якості життя. З огляду на нечисленність групи не можна провести статистичні розрахунки та виявити закономірності.

У 4-й групі хлопчиків було 8, дівчат 6, середній вік становив 15,2 років. Фізична активність відповідала низькому рівню якості життя у 1 (7,1%) дитини, у 4 (28,6%) спостерігався середній рівень, у 9 (64,3%) анкетованих рівень якості життя був оптимальним [рис. 3.9].

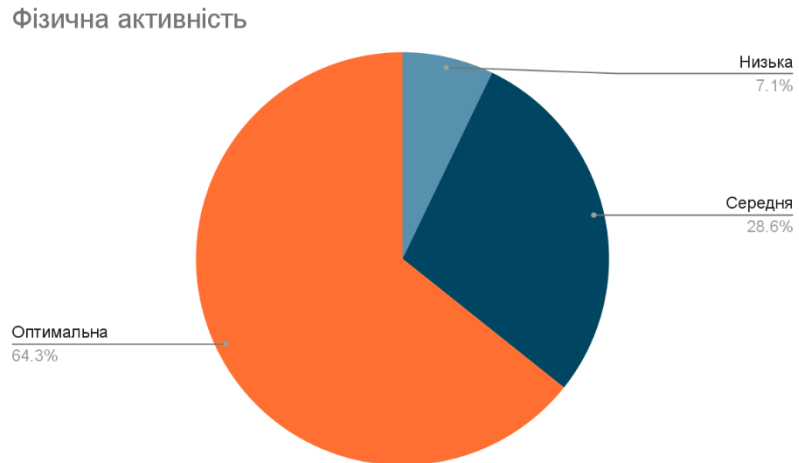


Рис. 3.9. Діаграма оцінки фізичної активності у дітей з 4-ої групи

Соціальна активність відповідала середньому рівню якості життя у 2 (14,3%) дітей, 12 (85,7%) анкетованих мали оптимальний рівень за цим показником (рис. 3.10).

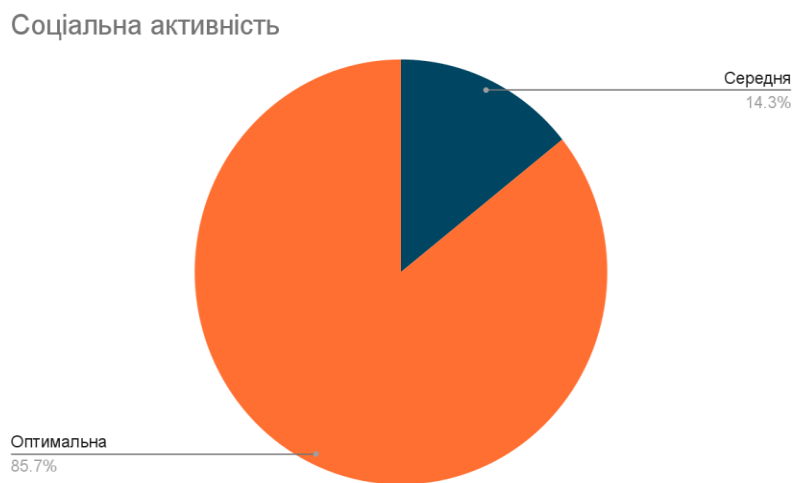


Рис. 3.10. Діаграма оцінки соціальної активності у дітей з 4-ої групи

Активність у школі відповідала низькому рівню якості життя у 1 (7,1%) дитини, середній рівень був у 2 анкетованих (14,3%), оптимальний рівень зафіксовано в 11 (78,6%) дітей (рис. 3.11).



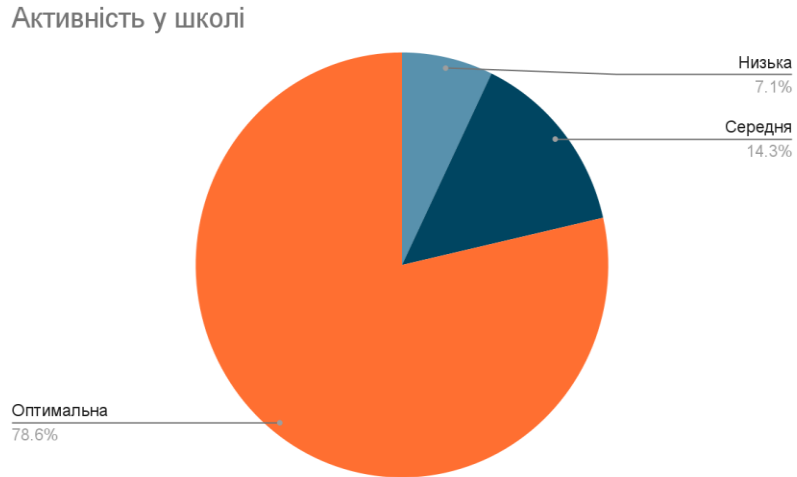


Рис. 3.11. Діаграма оцінки активності у школі дітей з 4-ої групи

Емоційна активність відповідала низькому рівню якості життя у 2 (14,3%) дітей, у 7 (53,9%) анкетованих спостерігався середній рівень, лише у 5 (38,4%) дітей був оптимальний рівень якості життя за цим показником (рис.3.12).

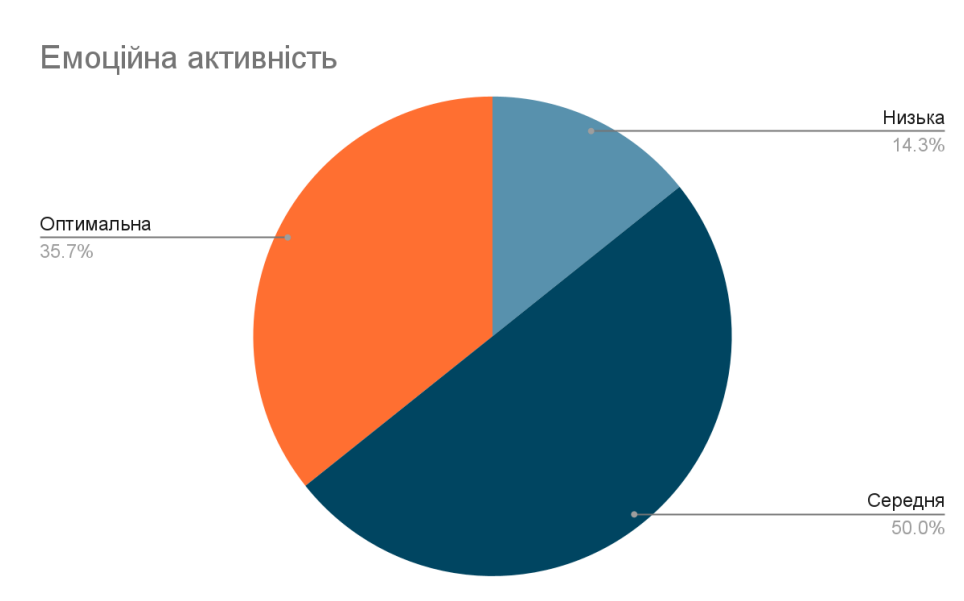


Рис. 3.12. Діаграма оцінки емоційної активності у дітей з 4-ої групи

Результати дослідження показників якості життя у дітей 4-ої групи показують незначний процент зниження рівнів фізичної та соціальної активності у

досліджуваних. Високий відсоток дітей з оптимальною активністю в школі. Більше половини дітей з групи мають знижені показники емоційної активності (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Показники рівнів якості життя у дітей 4-ої групи**

Група	Якість життя	Фізична активність	Соціальна активність	Активність в дитячому садку/школі	Емоційна активність
4	Низька	1	-	1	2
	Середня	4	2	2	7
	Оптимальна	9	12	11	5

Проведений аналіз показав, що найнижчий рівень фізичної активності був у віковій групі 5-8 років, що ми пов'язуємо зі зростанням навантажень на дитину в її повсякденному житті, школі, крім того діти дорослішають і починають більш критично ставитися до своєї хвороби та її симптомів. Діти починають більше відчувати стрес і тривогу, через стан свого здоров'я. Соціальна активність найнижче оцінювалась у віковій групі 2-5 років, що, очевидно, пов'язано із слабкою адаптацією дітей у дитячому колективі за тривалий час, який вони проводили у лікувальному закладі. Цікаво відзначити, що активність дітей у дитячому садку та/або школі не було значно порушена. На нашу думку такий результат може бути пов'язаний з особливим ставленням та вимогами до дітей хворих на онкогематологічні захворювання, дистанційним форматом навчання та допомогою батьків в підготовці до занять. Цікаві дані отримані при оцінці якості життя щодо емоційної активності, хоча її складові відрізнялися у дітей молодшої та старшої вікової груп. У групі дітей 2-5 років домінував страх перед болем, проведенням маніпуляцій, частими ін'єкціями та крапельницями, у зв'язку з чим діти були засмучені, роздратовані, багато плакали, гірше спали вночі та інколи

були агресивні. Якість життя за емоційною складовою оцінена як низька у 38,5% респондентів, середня у – 30,8%, тобто більше половини дітей, незважаючи на добрі показники за іншими видами активності, відчували емоційний стрес. У групі дітей 5-8 років відмічається погіршення деяких показників, бо якщо для дітей 2-5 років немає страху смерті, то діти в віком 5-8 років вже розуміють, що їх життя може обірватися, і це накладає свій відбиток на емоційну сферу. В цій віковій групі 38,5% дітей мали низьку оцінку якості життя за емоційною складовою, 30,8% мали середній показник. Таким чином, тільки 30% дітей вважали свою емоційну активність оптимальною. За групою дітей 8-12 років висновки зробити складно через невелику кількість опитуваних. У групі дітей 12-18 років оптимальною своєю емоційну активність вважали лише 38,4% дітей. Оцінка цього показника важка, через багато складових. Підлітковий вік складний та суперечливий, діти намагаються переосмислити своє життя з урахуванням обмежень, що накладаються хворобою, іноді приховують свої переживання від батьків, але нерідко виплескують свої емоції у щоденниках. Таким чином, емоційна активність дітей, які страждають на злоякісні хвороби крові, виявилася найбільш вразливою у всіх вікових групах, незважаючи на вступ до фази ремісії (табл. 3.4). При порівнянні оцінок якості життя між відповідями дітей та їх батьків було виявлено, що у віковій групі 5-8 років батьки оцінили всі параметри нижче, ніж діти: фізичну активність – 20%, соціальну активність – 45%, активність у дитячому садку або школі – 46,8% та емоційну – 28% батьків. За групою дітей 8-12 років висновки зробити складно через нечисленність групи. У віковій групі 12-18 років фізичну, соціальну та емоційну активність 38% батьків оцінили нижче ніж діти. Активність у школі 24% батьків оцінили нижче, а 22% – вище, ніж діти, що може відображати більш упереджений підхід дорослих до параметрів, що оцінюються.

Проведене дослідження підтверджує необхідність консультаційних кабінетів психолога та кабінетів емоційного відпочинку. Так, пацієнти обласного гематологічного центру КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської

міської ради на сьогодні мають змогу отримати психологічну допомогу, є кімнати відпочинку з необхідними предметами, іграшками, настільними іграми, тощо. Створено проєкт «Школа супергероїв» для навчання дітей, що також дуже допомагає в їх соціалізації. Дітям дуже важливо відчувати себе рівними з їх однолітками незважаючи на складнощі, які принесла їм хвороба.

Збір та аналіз отриманих даних допоміг висвітлити актуальну проблему та зробити перший крок в її подоланні.

Таблиця 3.4

## Розподілення дітей за якістю життя серед груп (%)

Група	Якість життя	Фізична активність	Соціальна активність	Активність в дитячому садку/школі	Емоційна активність
1	Низька	9,5%	9,5%	14,3%	23,8%
	Середня	23,8%	19,0%	-	33,3%
	Оптимальна	66,7%	71,5%	85,7%	42,9%
2	Низька	23,1%	-	-	38,5%
	Середня	23,1%	23,1%	8,3%	30,8%
	Оптимальна	53,8%	76,9%	91,7%	30,8%
3	Низька	-	-	-	-
	Середня	-	-	33,3%	33,3%
	Оптимальна	100%	100%	66,7%	66,7%
4	Низька	7,1%	-	7,1%	14,3%
	Середня	28,6%	14,3%	14,3%	53,9%
	Оптимальна	64,3%	85,7%	78,6%	38,4%

### ***Висновки до розділу 3***

1. Найнижчий рівень фізичної активності та високий рівень скарг на стан здоров'я спостерігався у віковій групі дітей від 5-ти до 8-ми років. Ми пов'язуємо це зі зростанням навантажень на дитину в її повсякденному житті, школі, крім того діти дорослішають і починають більш критично ставитися до своєї хвороби та її симптомів. Діти починають більше відчувати стрес і тривогу, через стан свого здоров'я.

2. Низький рівень соціальної активності зафіксовано у віковій групі дітей від 2-ох до 5-ти років, що ми пов'язуємо з важкістю адаптації через захворювання. В умовах тривалого перебування в лікарняних відділеннях діти цієї вікової когорти переважно проводять час з батьками та своїми родичами. Часті візити їм важко спілкуватися зі своїми здоровими однолітками. Тому дуже важливим є проведення групових занять, розваг та ігр в дитячих колективах, що буде підвищувати рівень соціальної активності. Часті візити в лікарню та обмеження в соціальних контактах можуть приводити до відчуття ізоляції та самотності.

3. Згідно даних опитувальника активність дітей у дитячому садку та школі не була значно порушена в досліджуваних групах. На нашу думку такий результат може бути пов'язаний з особливим ставленням та вимогами до дітей хворих на онкогематологічні захворювання, дистанційним форматом навчання та допомогою батьків в підготовці до занять.

4. Зниження емоційної активності було виявлено у всіх вікових когортах дітей, що страждають на злоякісні хвороби крові. Не зважаючи на ремісію хвороби у багатьох дітей зберігаються скарги на страх, апатію, відчуття пригніченості та ін. Хвороба дитини також впливає на емоційний стан всієї родини, що також впливає на зниження емоційної активності.

5. Для покращення емоційної активності важливо забезпечити підтримку дітей, можливість висловлювати свої почуття та спілкування з іншими дітьми.

## ВИСНОВКИ

1. Аналітичний огляд літератури показав, що оцінка якості життя є важливим критерієм визначення ефективності лікування при онкогематологічних захворюваннях.

2. Для оцінки якості життя у дітей, які страждають на онкогематологічні хвороби, доцільно використовувати опитувальник PedsQL, на основі якого можна використовувати різні модулі та модифікації.

3. Проведене дослідження показало, що діти, які перенесли онкогематологічні захворювання та хіміотерапію, мають зниження якості життя, особливо що стосується емоційної активності.

4. Оцінка якості життя є важливим критерієм визначення ефективності лікування і повинна проводитися в онкогематологічних пацієнтів, «до» та «після» проведення поліхіміотерапії. Це дозволить розробити профілактичні заходи попередження психологічних та емоційних розладів у дітей.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Огнєв В. А. Оцінка якості життя дітей та підлітків з ожирінням / В. А. Огнєв, К. Г. Помогайбо // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 4(1). - С. 61-66
2. Bai G., Hertzen M., Landgraf J.M., Korfage I.J. (2017). Childhood chronic conditions and health related quality of life: Findings from a large population based study. PLoS ONE. 12(6): 1–14.
3. Bhojwani D., Yang J.J., Pui C.H. Biology of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr. Clin. North Am* 2015; p. 62:47.
4. Choo C.C., Chew P.K., Ho C.S., Ho R.C. Quality of life in patients with a major mental disorder in Singapore. *Front. Psychiatry* 2019, 9, 727.
5. Dores G.M., Devesa S.S., Curtis R.E. et al. Acute leukemia incidence and patient survival among children and adults in the United States, 2001-2007. *Blood* 2012; 119:34.
6. Feng Q., de Smith A.J., Vergara-Lluri M. et al. Trends in Acute Lymphoblastic Leukemia Incidence in the United States by Race/Ethnicity From 2000 to 2016. *Am J Epidemiol* 2021; 190:519.
7. González-Ramírez, L.P., Gómez-Martínez P., Luna-Flores C.L., Colunga-Rodríguez C. Sociodemographic factors and quality of life in children and adolescents under cancer treatment. *Psychology* 2017, 8, 563–575.
8. Kobayashi, K.; Nakagami-Yamaguchi, E.; Hayakawa, A.; Adachi, S.; Hara, J.; Tokimasa, S.; Ohta, H.; Hashii, Y.; Rikiishi, T.; Sawada, M.; et al. Health-related quality of life in Japanese children with acute lymphoblastic leukemia during and after chemotherapy. *Pediatr. Int.* 2017, 59, 145–153.
9. Korol E.E., Wang S., Johnson K., Ravandi-Kashani F. Health-related quality of life of patients with acute myeloid leukemia: a systematic literature review. *Oncol. Ther.* 2017; 5: 1-16.
10. Lymanets T., Skrypnyk I., Maslova G., Gusachenko I. Quality of life in acute

leukemia patients with comorbid ischemic heart disease. Abstract Book of the 23rd EHA Congress; 2018 Jun 14-17; Stockholm. HemaSphere. 2 (S1); 2018. p.452.

11. Makieieva N.I., Odinets Yu.V., Poddubnaya I.M., Chayka K. (2020). Quality of life in children suffering from acute leukemia. *Modern Pediatrics. Ukraine.* 3(107): 39-45; doi 10.15574/SP.2020.107.39

12. Maruish M., editor. User's manual for the SF-36v2 Health Survey (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2011. 330 p.

13. Nicola K., Watter P. Health-related quality of life from the perspective of children with severe specific language impairment. *Health Qual. Life Outcomes* 2015, 13, 127.

14. Nicola K., Watter P. The comparison of perceived health-related quality of life between Australian children with severe specific language impairment to age and gender-matched peers. *BMC Pediatr.* 2018, 18, 62.

15. Oliva E.N., Nobile F., Alimena G. Quality of life in elderly patients with acute myeloid leukemia: patients may be more accurate than physicians. *Haematologica.* 2011; 96: 696–702

16. Ries L.G., Smith M.A., Gurney J.G. et al. (eds). *Cancer Incidence and Survival among Children and Adolescents: United States SEER Program 1975-1995*, National Cancer Institute, SEER Program. NIH Pub. No. 99-4649. Bethesda, MD, 1999.

17. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013, Howlader N., Noone A.M., Krapcho M. et al (Eds), National Cancer Institute, Bethesda, MD 2015.

18. Steliarova-Foucher E., Colombet M., Ries L. et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol* 2017; 18:719.

19. Steliarova-Foucher E., Stiller C., Kaatsch P. et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCISproject): an epidemiological study. *Lancet* 2004; 364:2097.

20. Svendsen A.L., Feychting M., Klaeboe L. et al. Time trends in the incidence of



acute lymphoblastic leukemia among children 1976-2002: a population-based Nordic study. *J Pediatr* 2007; 151:548.

21. Varni J.W. (2017). *Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™)* Mapi Research Trust: 146.

22. Wang Z., Mo L., Jiang X. et al. (2018). A qualityoflife system to evaluate children with leukemia in China. *Medicine*. 97(36): 12119.

23. Ward E., DeSantis C., Robbins A. et al. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64:83.

24. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, revised 4th edition, Swerdlow S.H., Campo E., Harris N.L. et al. (Eds), International Agency for Research on Cancer (IARC), Lyon 2017.

25. World Health Organization (1986). *Cancer pain relief*. Geneva: WHO: 5–26.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

### АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК У ДВОХ ЧАСТИНАХ:

#### I. Для дітей, які страждають на онкогематологічні хвороби

#### II. Для батьків.

*Кафедра педіатрії №2 Харківського національного медичного університету*

#### Інструкція з використання анкети

Для вивчення якості життя дітей, хворих на онкогематологічну патологію, дитині та її батькам пропонується самостійно, в письмовій формі, відповісти на питання анкети, що відображає їхнє ставлення щодо стану здоров'я, сприйняття навколишнього середовища та внутрішнього хвилювання дитини.

При відповіді на питання дитина та один з батьків самостійно обирають варіант відповіді на питання та обводять цифру в кружечок.

#### Частина I

#### Для дітей, які страждають на онкогематологічні захворювання

**Оберіть відповідь на питання стосовно вашої активності за останній місяць:**

<b>Фізична активність</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Чи важко тобі виконувати фізичне навантаження (ходити пішки більше 30 хвилин, бігати, займатися спортом, підіймати важкі предмети, робити домашнє прибирання)?	0	1	2	3	4
2. Чи турбують тебе болі (у животі, в кінцівках, головний біль, болі в інших органах)?	0	1	2	3	4
3. Чи бувають у тебе кровотечі (носові, кровотечі з ясен, кишкові)	0	1	2	3	4
4. Чи бувають в тебе висипання на шкірі?	0	1	2	3	4
5. Чи турбують тебе запаморочення чи втрата свідомості?	0	1	2	3	4
6. Чи порушений у тебе сон?	0	1	2	3	4
7. Чи турбує тебе нудота/блювота?	0	1	2	3	4
8. Чи знижений у тебе апетит?	0	1	2	3	4
9. Чи відчуваєш ти слабкість?	0	1	2	3	4

<b>Соціальна активність</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Тобі важко спілкуватися зі здоровими	0	1	2	3	4

однолітками?					
2. Інші діти не хочуть товаришувати з тобою через твою хворобу?	0	1	2	3	4
3. Інші діти дражнять тебе через твою хворобу?	0	1	2	3	4
4. Ти можеш робити все, що роблять інші діти твого віку?	0	1	2	3	4
5. Ти відстаєш від інших дітей у іграх?	0	1	2	3	4
6. В іграх ти лідер?	0	1	2	3	4

<b>Емоційна активність</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Тебе турбують страхи (за здоров'я, свою долю, життя)?	0	1	2	3	4
2. Ти відчуваєш дратівливість, злість, образу?	0	1	2	3	4
3. Ти відчуваєш смуток, нудьгу, поганий настрій?	0	1	2	3	4
4. Ти часто плачеш?	0	1	2	3	4
5. Тебе турбує необхідність регулярно відвідувати лікаря, здавати аналізи, довго перебувати у лікарні?	0	1	2	3	4
6. Ти відчуваєш байдужість, апатію?	0	1	2	3	4
7. У тебе бувають напади агресії (хочеться щось зламати, когось вдарити)?	0	1	2	3	4

<b>Активність у школі чи дитячому садку</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Тобі важко концентрувати увагу в дитячому садку чи школі?	0	1	2	3	4
2. Тобі важко вивчити вірш чи пісню?	0	1	2	3	4
3. Тобі складно робити домашні завдання?	0	1	2	3	4
4. Інші діти погано ставляться до тебе через низьку успішність?	0	1	2	3	4
5. Батьки сварять тебе за погані оцінки?	0	1	2	3	4
6. Тебе турбує необхідність пропускати відвідування дитячого садка чи занять у школі через необхідність візитів в лікарню або через погане самопочуття?	0	1	2	3	4

## Частина II

**Для батьків дітей, які страждають на онкогематологічні захворювання**

<b>Фізична активність та стан дитини</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Чи важко вашій дитині виконувати фізичне навантаження (ходити пішки	0	1	2	3	4

більше 30 хвилин, бігати, займатися спортом, піднімати важкі речі, робити домашнє прибирання)					
2. Чи турбують вашу дитину болі (в животі, кістках, головний біль, болі в інших органах)?	0	1	2	3	4
3. Чи бувають у вашої дитини кровотечі (носові, кровотечі з ясен, кишкові)?	0	1	2	3	4
4. Чи бувають у вашої дитини висипання на шкірі?	0	1	2	3	4
5. Чи турбують вашу дитину запаморочення чи втрата свідомості?	0	1	2	3	4
6. Чи порушений у вашої дитини сон?	0	1	2	3	4
7. Чи турбують вашу дитину нудота чи блювання?	0	1	2	3	4
8. Чи знижений у вашої дитини апетит?	0	1	2	3	4
9. Чи відчуває ваша дитина слабкість?	0	1	2	3	4
<b>Соціальна активність</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Чи важко вашій дитині спілкуватися зі здоровими однолітками?	0	1	2	3	4
2. Інші діти не хочуть дружити з вашою дитиною через її хворобу?	0	1	2	3	4
3. Інші діти дратують вашу дитину через її хворобу?	0	1	2	3	4
4. Ваша дитина може робити все, що роблять діти її віку?	0	1	2	3	4
5. Ваша дитина відстає від інших дітей в іграх?	0	1	2	3	4
6. В іграх ваша дитина лідер?	0	1	2	3	4

<b>Емоційна активність</b>	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Вашу дитину турбують страхи (за здоров'я, за свою долю, за життя)?	0	1	2	3	4
2. Ваша дитина відчуває дратівливість, злість, образу?	0	1	2	3	4
3. Ваша дитина відчуває сум, нудьгу, поганий настрій?	0	1	2	3	4
4. Ваша дитина часто плаче?	0	1	2	3	4
5. Вашу дитину турбує необхідність регулярно відвідувати лікаря, здавати аналізи, довго перебувати в лікарні?	0	1	2	3	4
6. Ваша дитина відчуває байдужість, апатію?	0	1	2	3	4
7. У вашої дитини бувають напади агресії (вона хоче щось зламати, когось вдарити)?	0	1	2	3	4

Активність у школі чи дитячому садку	Ніколи	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Вашій дитині важко концентрувати увагу в дитячому садку чи школі?	0	1	2	3	4
2. Вашій дитині важко вчити вірші чи пісні?	0	1	2	3	4
3. Вашій дитині складно робити домашні завдання?	0	1	2	3	4
4. Інші діти погано ставляться до вашої дитини через низьку успішність?	0	1	2	3	4
5. Ви сварите вашу дитину за погані оцінки?	0	1	2	3	4
6. Вашу дитину турбує необхідність пропускати відвідування дитячого садку або занять у школі через необхідність візиту до лікарні або через погане самопочуття?	0	1	2	3	4

**Автор під час проведення дослідження**

**Автор під час проведення дослідження**