



УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055
DOI 10.24144/1998-6475.2021.53.42-49

КОУЧИНГ У ДИТЯЧІЙ ОНКОЛОГІЇ: НАВЧАННЯ НАВИКАМ КОПІНГУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

Горленко О.М., Балецька Л.М., Пушкаренко О.А., Томей А.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Резюме. *Вступ.* Кінцевою метою реабілітаційного процесу дітей з онкопатологією є активна участь у своєму життєвому світі. Онкопацієнти часто зіштовхуються з відстроченими наслідками впливу на психічне та фізичне здоров'я. Існує потреба підтримати дитину та її сім'ю, навчивши «менеджменту» складних ситуацій, які виникатимуть у майбутньому. Саме тому предметом уваги є коучинг, що ґрунтується на копінг-підході та гнучкому вирішенні проблем у реабілітаційному процесі дітей.

Мета дослідження: зробити огляд наявних програм реабілітації дітей, задля виокремлення успішних кейсів. Виділити компоненти, де очікуваним лікувальним ефектом у реабілітаційній програмі дитячої онкопатології варто вважати не тільки клінічне одужання хворих, але й повернення їх до унормованого життя в сім'ї, школі та спільноті, відновлення фізичного, психологічного та соціального здоров'я.

Матеріали та методи. У статті ми синтезуємо дані спостережних досліджень та коментарів експертів щодо таких тем: 1) сучасні програми реабілітації наслідків лікування раку в дитинстві та їхня ефективність з огляду вибудовування копінг-стратегій у дітей, 2) дефіцит у практиці спілкування, підтримки та націлювання дитини на активне життєтворення упродовж усієї траєкторії реабілітації. Здійснено пошук сучасних досліджень у базах даних Medline, ERIC, Cochrane, The Lancet та PsychInfo англійською мовою, а також за допомогою Google Academia та у фахових виданнях українською мовою.

Результати досліджень. Згідно з сучасними дослідженнями продемонстровано, що існує чотири категорії реабілітації від раку. В цьому ключі проаналізовано різноманіття реабілітаційних програм, які різняться за формою та способом впровадження реабілітаційної стратегії. Одним з ефективних методів є коучинг, а саме – SFC-peds. Це ключовий елемент реабілітації дітей із онкозахворюваннями, який дозволяє розпочати відновлення, звертаючи увагу на сильні сторони дитини. Акцентом даного підходу є фаховість психолого-реабілітаційної команди та особливості копінг-поведінки для адаптації до нової реальності. Виокремлено основні проблеми ефективної комунікації з дітьми в онкології як основи впровадження коучингу в практиці.

Висновки. Реабілітаційні комплексні програми мають включати допомогу в навчанні жити з раком та максимально збільшити рівень незалежності для дитини та її родини. Одним із методів роботи з дітьми в існуючих реабілітаційних моделях є коучинг у педіатрії, який допомагає розпочати відновлення, спираючись на сильні сторони, та покращувати слабкі місця.

Комплексний підхід до коучингу передбачає розгляд багатьох компонентів, серед яких основним є навчання психолого-реабілітаційним сучасним підходам до комунікації з дітьми в онкології; підтримки та націлювання дитини на активне життєтворення протягом усієї траєкторії реабілітації; зміна позиції фахівця від ролі експертного радника до фасилітатора спільної роботи

Ключові слова: коучинг, реабілітація, копінг-підхід, дитяча онкологія.

Coaching in pediatric oncology: learning coping skills in the rehabilitation process

Horlenko O., Baletska L., Pushkarenko O., Tomey A.

Abstract. *Introduction.* The ultimate goal of the rehabilitation process of children with oncopathology is active participation in their life world. Cancer patients often face delayed effects on their mental and physical health. There is a need to support the child and his family by teaching the “management” of difficult situations that will arise in the future. That is why coaching is the main subject, which is based on a coping approach and flexible problem solving in the rehabilitation process of children.

Aim. To review the existing rehabilitation programs for children, in order to identify successful cases. Identify the components where the expected therapeutic effect in the rehabilitation program of pediatric oncopathology should be considered not only the clinical recovery of patients, but also their return to normal life in the family, school and community, restoration of physical, psychological and social health.



Materials and methods: In this article, we synthesize data from observational studies and expert comments on the following topics: (1) modern programs for rehabilitation of the effects of childhood cancer and their effectiveness in terms of building coping strategies in children, (2) lack of communication, support and targeting on active life during the entire trajectory of rehabilitation of children. A search of modern researches was performed in the databases Medline, ERIC, Cochrane, The Lancet and PsychInfo in English, as well as with the help of Google Scholar and in professional publications in Ukrainian.

Results. Recent research has shown that there are four categories of cancer rehabilitation. In this way, a variety of rehabilitation programs are analyzed, which differ in the form and method of implementation of the rehabilitation strategy. One of the effective methods is coaching, namely SFC-peds. This is a key element in the rehabilitation of children with cancer, which allows you to begin recovery, paying attention to the strengths of the child. The emphasis of this approach is the professionalism of the psychological rehabilitation team and the peculiarities of coping behavior to adapt to the new reality. The main problems of effective communication with children in oncology as the basis for the implementation of coaching in practice are highlighted.

Conclusions. Comprehensive rehabilitation programs should include assistance in learning to live with cancer and maximize independence for the child and his or her family. One of the methods of working with children in existing rehabilitation models is pediatric coaching, which helps to begin recovery based on strengths and improve weaknesses.

Key words: coaching, rehabilitation, coping as a method, pediatric oncology.

Вступ

Історія дитячої онкології демонструє постійне прагнення використовувати клінічні дослідження для керівництва практики лікування і реабілітації [1], що відображається в стійкій міжінституційній співпраці багатьох фахівців. Спільна робота лікарів, реабілітологів, соціальних працівників, психологів приводить до значного збільшення виживання від раку в дитинстві [2, 3]. Однак, незважаючи на значні результати у виживанні, якість життя дітей з онкологічними захворюваннями та їхніх сімей значно погіршується з моменту оголошення діагнозу. Варто визнати, що вони все ще зазнають сильних страждань упродовж усього перебігу хвороби: змінюється поняття «норми» життя, в якому існують часті медичні візити та госпіталізації [4], з'являються нові симптоми пов'язані з лікуванням та захворюваннями [5]; сім'я зазнає значного фінансово обтяження від хвороби та лікування [6], посилюється тривога через невизначеність життя з раком [7].

Найважливішим фактором пом'якшення стресу, фізіологічним чи психологічним, є копінг, який вибудовується в процесі адаптації до нової реальності [8]. Однак часто діти та молоді дорослі неспроможні самостійно адаптуватися до життєвих стресових ситуацій, особливо коли вони переживають рак. Адаптація, як гнучкий процес, може мати два полюси: власне позитивна адаптація та дезадаптація [9]. Коли лікування раку завершено, дитина та сім'я стикаються із сепарованими стосунками в середовищі, яке вони покинули до лікування раку. Унаслідок цього тривога може посилитися, оскільки активна

терапія припиняється, а взаємодія з онкологом та онкологічним центром переходить на спостереження за рецидивом раку [10].

За таких умов, реабілітаційні центри (чи окремі реабілітаційні програми) є певними медіаторами у переході від стратегії «активної боротьби» до адаптації нової «норми». На команду фахівців, що сприяють реабілітації дитини покладається висока відповідальність. Гнучкість, компетентність, вміння спілкуватися відповідно до віку дитини, високий рівень обслуговування є ключовими контекстуальними чинниками, які допомагають клієнтам / пацієнтам / сім'ям у розвитку потенціалу та самостійному пошуку рішень для їх повсякденного середовища [11–13].

У Національній стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року зазначено, що розвиток та покращення якості надання реабілітаційної допомоги дітям з онкологічними захворюваннями відповідно до світових стандартів є одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я та громадського здоров'я України. Така допомога є комплексом медичних, соціальних, психологічних заходів, спрямованих на покращення якості життя онкохворих дітей [14]. Однак на сьогодні майже немає праць, у яких би досліджувалися конкретні формати психосоціальної реабілітації та пропонувалася для впровадження програма такої реабілітації, як на базі державних закладів, так і деяких приватних ініціатив. Так само всі фахівці, що займаються реабілітацією онкохворої дитини, можуть керуватися тільки загальними принципами свого фаху, оскільки вкрай мало чітких вузькоспеціалізованих ін-



струкцій, протоколів, що мають стандартизований характер.

Мета дослідження

Зробити огляд наявних програм реабілітації дітей, задля виокремлення успішних кейсів. Виділити компоненти, де очікуваним лікувальним ефектом у реабілітаційній програмі дитячої онкопатології варто вважати не тільки клінічне одужання хворих, але й повернення їх до унормованого життя в сім'ї, школі та спільноті, відновлення фізичного, психологічного та соціального здоров'я.

Матеріали та методи

У цій статті ми синтезуємо дані спостережних досліджень та коментарів експертів щодо таких тем: 1) сучасні програми реабілітації наслідків лікування раку в дитинстві та їхня ефективність з огляду вибудовування копінг-стратегій у дітей; 2) дефіцит у практиці спілкування, підтримки та націлювання дитини на активне життєтворення упродовж усієї траєкторії реабілітації. Ми шукали в базах даних Medline, ERIC, Cochrane, The Lancet та PsychInfo відповідні статті англійською мовою; Google Academia та фахові видання українською мовою.

Результати досліджень

Згідно зі «Стандартами психосоціальної допомоги дітям, хворим на рак, та їх сім'ям» [13], поняття «реабілітація» трактується як турбота про фізичні, когнітивні, психологічні та соціальні наслідки лікування раку. Низка авторів [13–15] досліджували питання відновлення дорослих, що пережили злоякісне новоутворення в дитинстві, припускаючи, що реабілітація повинна розпочатися ще в період діагностування. Дж. Дітц [16] доводить, що існує чотири категорії реабілітації від раку: профілактична, де реабілітація спрямована на поліпшення фізичного функціонування та зменшення захворюваності та інвалідності; відновлювальна, де наявне допустиме лікування, а наслідки лікування раку є під контролем; підтримуюча, де метою є зменшення інвалідності, коли рак не усувається, але триває з періодами ремісії; і паліативна при прогресуючому, активному захворюванні контроль симптомів та їх послаблення.

На сьогодні є безліч вузькоорієнтованих реабілітаційних програм, які видозмінені залежно від раку та способів лікування дитини.

Переважаюча частка цих програм орієнтована здебільшого на фізіологію, і це закономірно, з огляду на наслідки, що несе з собою рак. Ці погляди відображають реабілітаційну філософію, але на практиці реабілітаційний процес є вузьким та вибіркоким, і загалом застошується щодо дітей з оптимістичним прогнозом лікування. Проте відсутність офіційної моделі реабілітації не означає, що реабілітація в онкологічній допомозі для дітей не відбувається.

Чисельна кількість доказів рандомізованих контрольованих досліджень (серед дорослих, що пережили рак) демонструють покращення фізичної активності в контексті якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (фізичним, соціальним, ментальним) під час та після лікування раку завдяки фізичним вправам [15, 17]. Водночас досліджень, що оцінюють вплив фізичних вправ та / або психосоціальних втручань у онкохворих дітей, мало.

Кілька контрольованих досліджень із малими розмірами досліджуваних ($n = 14-51$) повідомили, що фізичні вправи можуть значно покращити кардіо-форму, м'язову силу, гнучкість та пропорції тіла у дітей з онкологією (США, Канада, Туреччина) [18–22]. Психосоціальні втручання в онкохворих дітей показали обмежений вплив на загальний рівень дистресу для самих дітей [23, 24].

Цікавим є те, що частина реабілітаційних програм впроваджується з онкохворими дітьми як вдома, так і в спеціальних закладах. До прикладу візьмемо зразок Чилі та Австрії. У першому випадку має місце інтегрована робота соціальної та медичної служби. Соціальний працівник оцінює батьківські навички, необхідні для дотримання режиму лікування, і створює мережі підтримки пацієнтів та їх сімей з метою полегшення, вирішення чи запобігання соціальним проблемам, які можуть вплинути на процес реабілітації від наслідків лікування раку. Крім того, він оцінює соціальні та житлові умови пацієнтів, визначаючи покращення, необхідні для полегшення незалежності дитини та включення житлових змін, які підтримують здорове фізичне середовище. На основі соціального звіту, як основного інструменту, що ілюструє соціальне становище дитини та її сім'ї, організуються різні заходи підтримки [25].

У випадку Австрії ми бачимо, що тільки з 2018 року було впроваджено міждисциплінарну орієнтовану на сім'ю стаціонарну ре-



білітацію, щоб полегшити оздоровлення сімей у ці важкі часи. Діяльність першого австрійського дитячого реабілітаційного центру спрямована на психологічну підтримку, дієтичне консультування (з акцентом на здорову харчову поведінку та збільшення ваги), фізіотерапію (з акцентом на поліпшення фізичного функціонування та корекцію рухової дисфункції) та соціальну роботу щодо запобігання безробіттю [26]. Такий підхід демонструє покращення рівня якості життя, як у дитини, що хворіє, так і в братів, сестер та батьків. Тим, хто разом пройшов діагностику та лікування раку, необхідно брати участь у «лікувальному процесі» сімейної системи, щоб гарантувати успіх реабілітації онкологічного пацієнта [26, 27]. За моделлю FOR (family-oriented rehabilitation) в Україні працює також реабілітаційний Центр «Дача» від Благодійного Фонду «Запорука» надаючи можливість проживати разом родинам, які лікують дітей у Національному інституті раку та Охматдиті. Однак комплексних реабілітаційних програм на державному рівні все ще немає.

Як показує досвід згаданих програм, доповнення психосоціального втручання до програми фізичних вправ може підвищити готовність та мотивацію до участі у фізіореабілітаційних програмах, а відтак, прогнозовано, може поліпшити психосоціальне функціонування. Наскільки нам відомо, жодні дослідження не оцінювали кореляції комбінованої програми фізичних вправ та психосоціальних втручань у онкохворих дітей. Таким чином оцінювання якості життя дітей з онкопатологією дає змогу зробити певне припущення чи є реабілітаційна стратегія успішною.

Психологічну реабілітацію в дитячій онкології здійснюють різними методами психотерапевтичного впливу, що продемонстрували свою доказовість (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, ігрова та підтримуюча терапія та ін.) [8, 9]. Труднощами можна вважати те, що для всіх психологічних практик зазвичай потрібно виділяти додатковий час, а це часто відбувається у вигляді окремих заходів, таких як психосоціальні реабілітаційні табори, групи підтримки, індивідуальні консультації. Безумовно, всі ці заходи є вкрай важливими. Однак з огляду на знижену ресурсність пацієнта та легку втомлюваність, важливо також віднайти такий метод психологічної допомоги, що дасть можливість зберегти час та сприятиме навикам копіngu до

ситуації, яка склалась, або ж може виникнути в непередбачуваному майбутньому.

Таким потенційним методом є модель коучингу в педіатричній реабілітації (SFC-peds). Дана модель інтегрує основні принципи та практики коучингу, орієнтованого на рішення, поєднуючи їх із сучасними розробками в галузі дитячої реабілітації (Канада). Метою даної роботи є явне створення оптимального інтерактивного середовища, що підвищує готовність клієнта та мотивацію до змін, включаючи досягнення цілей, особистий розвиток та зміни поведінки. Термін «клієнт» охоплює дитину та сім'ю, але може також включати інших ключових людей у житті дитини та сім'ї [27].

Застосування такого підходу в роботі з дітьми впливає не тільки на самих пацієнтів, а ще й ефективно змінює тактику спілкування та співпрацю дорослого з дитиною. Це підтверджено у звіті про нещодавнє впровадження реабілітологами методів SFC-peds [30], де продемонстровано перехід фахівця від ролі експертного радника до фасилітатора спільної роботи. Така стратегія допомагає клієнтам та сім'ям у розвитку потенціалу, самотійному пошуку рішень для їх повсякденного побуту. Загалом навчання фахівців, що здійснюють реабілітацію, орієнтоване на зміну трьох основних компонентів їх професійної тактики: 1) зміни в сприйнятті реабілітологами своїх ролей; 2) підвищення ефективності реабілітаційного обслуговування; 3) націлення клієнта на розвиток спроможності та самотійності [22–27].

За умови застосування коучингу в реабілітації важливою стає не стільки форма чи місце реабілітації, скільки фаховість психолого-реабілітаційної команди – вміння комунікувати, емпатувати, налагоджувати контакт та виховувати резильєнтність у клієнті. Саме тому не останню роль у реабілітації хворих дітей відіграє спілкування, особливо якщо ми зосереджуємо свою увагу на виробленні навиків копіngu в дітей. На жаль, комплексні програми відновлення для дітей з онкологічними захворюваннями все ще не є звичним явищем і не інтегровані в системи охорони здоров'я в більшості країн. Спостерігається дефіцит у практиці спілкування, підтримки та націлювання дитини на активне життєтворення протягом усієї траєкторії лікування та реабілітації. Здебільшого відсутні й самі програми розвитку цих навиків у тих, хто в першу чергу має забезпечувати підтримку й реабілітацію.



Цілком зрозуміло, що різний вік дітей потребує різнорівневої комунікації від медичної команди. Особливість полягає ще й у тому, що навіть перебуваючи в реабілітаційній фазі, дитина з онкопатологією не вважається такою, що одужала повністю. Це породжує нові дилеми перед лікарями, реабілітологами, фізіологами та іншими: 1) за потреби повідомляти погані новини; 2) недостатня підготовка в темі комунікації, яку дає медична освіта; 3) невпевненість та дискомфорт від спілкування з дітьми; 3) бажання емоційно дистанціюватись від пацієнтів [31].

З батьківської сторони також існує певне очікування щодо спілкування з командою фахівців як на етапі лікування, так і на етапі реабілітації дитини, а саме: 1) побудова відносин, 2) обмін інформацією, 3) надання можливості самоврядування сім'ї, 4) прийняття рішень, 5) управління невизначеністю, 6) реагування на емоції, 7) забезпечення валідації, 8) підтримка надії. Саме на такі запити націлений коучинг, що дозволяє розширити права й можливості батьків як партнерів та адвокатів, зміцнити їх переконання щодо «хорошого батьківства» [28–32].

Висновки

Реабілітаційні комплексні програми мають включати допомогу в навчанні жити з ра-

ком та максимально збільшити рівень незалежності для дитини та її родини. Одним із методів роботи з дітьми в існуючих реабілітаційних моделях є коучинг у педіатрії, який допомагає розпочати відновлення спираючись на сильні сторони та покращувати слабкі місця. Орієнтація на копінг-поведінку дозволяє підвищити практичний рівень незалежності дитини чи підлітка в повсякденному житті, вчить бути компетентним щодо самообслуговування, формує реалістичний оптимістичний світогляд.

Дітям з онкологічними захворюваннями слід надати допомогу для досягнення оптимального рівня функціонування до, під час та після лікування раку. Коучинг є ключовим елементом реабілітації дітей із онкозахворюваннями. Він являє собою спосіб упаковки медичної допомоги дітям з онкопатологією в орієнтовану на здоров'я основу.

Комплексний підхід до коучингу передбачає розгляд багатьох компонентів, серед яких основним є навчання психолого-реабілітаційним сучасним підходам до комунікації з дітьми в онкології; підтримки та націлювання дитини на активне життєтворення протягом усієї траєкторії реабілітації; зміна позиції фахівця від ролі експертного радника до фасилітатора спільної роботи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Pearson H.A. History of pediatric hematology oncology. *Pediatr Res.* 2002; 52:979–992. [PubMed] [Google Scholar]
2. Ries L., Melbert D., Krapcho M., Stinchcomb D., Howlander N., Horner M., Mariotto A, Miller B., Feuer E., Altekruse S., Lewis D., Clegg L., Eisner M., Reichman M., Edwards B. SEER cancer statistics review, 1975–2005. National Cancer Institute; http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/, [Google Scholar]
3. Lam C.G., Howard S.C., Bouffet E., Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science.* 2019 Mar 15; 363 (6432): 1182–1186. doi: 10.1126/science.aaw4892. PMID: 30872518.
4. Weaver, M.S., Rosenberg, A.R., & Tager, J. A Summary of Pediatric Palliative Care Team Structure and Services as Reported by Centers Caring for Children with Cancer. *J. Palliat. Med.*, 2018; 21(4), 452–462.
5. Степанов М. Національна стратегія контролю онкозахворювань МОЗ України до 2030 року [Електронний ресурс] : трансформація системи / М. Степанов // Сайт МОЗ України. 2021. Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/maksim-stepanov-moz-rozrobil-nationalnu-strategiju-kontrolju-onkozahvorjuvan-do-2030-roku>
6. Murtagh F.E., Bausewein C., & Verne J. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *J. Palliat Med.*, 2014; 28(1), 49–58.
7. Mirlashari J., Ebrahimipour F., Salisu W. War on Two Fronts: Experience of Children with Cancer and Their Family During COVID-19 Pandemic in Iran/ *Journal of Pediatric Nursing.* Volume 57, March–April 2021, Pages 25–31 <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.024>
8. Sira N., Lamson A., Foster CL. Relational and Spiritual Coping Among Emerging and Young Adult Cancer Survivors, *Journal of Holistic Nursing*, 2020, 38, 52–67.



9. Sira N., Desai PP, Sullivan KJ., Hannon DW., Coping Strategies in Mothers of Children with Heart Defects: A Closer Look into Spirituality and Internet Utilization, *Journal of Social Service Research*, 2014, 40, 606–622.
10. Wakefield CE., McLoone JK., Butow P., Lenthen K., Cohn RJ. Parental adjustment to the completion of their child's cancer treatment. *Pediatr Blood Cancer*. 2011; 56:524–531.
11. Blomgren AS., Svahn K., Åström E., Rönnlund M. Coping strategies in late adolescence: Relationships to parental attachment and time perspective. *Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 2016; 177, 85–96.
12. Meadors P., Lamson A., Swanson M., White M., Sira N., Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress, *Omega*, 2009–2010, 60, 103–128.
13. Wiener L. & Kazak A. Standards of psychosocial care for children with cancer and their families: Past, present and future directions. *Pediatr Blood Cancer*. 2015 Dec; 62 Suppl 5(Suppl 5):S419–24. doi: 10.1002/pbc.25675. Epub 2015 Sep 23
14. Сатурська Г. С., Шишацька І. М., Сатурський О. В., Коллінс Д. М., & Марків-Буковська Н. П. (2021). Сучасні аспекти організації паліативної та хоспісної допомоги в Україні за умов реформування медичної галузі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (1), 33–39. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12140>
15. Mishra S., Scherer R., Snyder C., Geigle P., Berlanstein D., Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment (review). *Cochrane Collab*. 2014;8:CD008465.
16. Dietz J. (1981) Adaptive rehabilitation in cancer: a program to improve quality of survival. Cited in Watson P.G. (1990) Cancer rehabilitation: the evolution of a concept. *Cancer Nursing*, 13, 2–12.
17. Van Weert E., May AM., Korstjens I., Post J., Van Der Schans CP, Van Den Borne B., et al. Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Phys Ther*. 2010;90:1413–25
18. Hartman A, Te Winkel ML, Van Beek RD, De Muinck Keizer-Schrama SMPF, Kemper HCG, W. C. J. Hop WCJ, et al. A randomized trial investigating an exercise program to prevent reduction of bone mineral density and impairment of motor performance during treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr. Blood Cancer*. 2009;53:64–71.
19. Marchese VG, Chiarello LA, Lange BJ. Effects of physical therapy intervention for children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2004;42:127–33.
20. Tanir MK, Kuguoglu S. Impact of exercise on lower activity levels in children with acute lymphoblastic leukemia: a randomized controlled trial from Turkey. *Rehabil Nurs*. 2013;38:48–59.
21. Moyer-Mileur LJ, Ransdell L, Bruggers CS. Fitness of children with standard-risk acute lymphoblastic leukemia during maintenance therapy: response to a home-based exercise and nutrition program. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2009;31:259–66.
22. Seitz DCM, Besier T, Goldbeck L. Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psychooncology*. 2009;18:683–90.
23. Richter D, Koehler M, Friedrich M, Hilgendorf I, Mehnert A, Weißflog G. Psychosocial interventions for adolescents and young adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015;95:370–86.
24. Braam KI, Van Dijk EM, Veening MA, Bierings MB, Merks JHM, Grootenhuis MA, et al. Design of the Quality of life in motion (QLIM) study: a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of a combined physical exercise and psychosocial training program to improve physical fitness in children with cancer. *BMC Cancer*. 2010;10:624.
25. Celedón V, Rossell N, Zubieta M. Holistic rehabilitation for children with cancer: The Chilean model. *Cancer Reports*. 2021;e1515. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1515>
26. Fischmeister G., Riedl D., Sanio G. et al. Rehabilitation for children and adolescents after cancer: importance and implementation in Austria. memo (2021). <https://doi.org/10.1007/s12254-021-00729-x>
27. Krauth KA. Family-oriented rehabilitation (FOR) and rehabilitation of adolescents and young adults (AYA) in pediatric oncology. *Oncol Res Treat*. 2017;40(12):752–8. <https://doi.org/10.1159/000484609>. PMID: 29151110



28. Sisk B., Friedrich A., Blazin L., Baker J., Mack J., DuBois J. Communication in Pediatric Oncology: A Qualitative Study // *Pediatrics* /2020 Sep;146(3) PMID: 32820068 <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1193>
29. Schweltnus H., Seko Y., King G., Baldwin P., Servais M. Solution-Focused Coaching in Pediatric Rehabilitation: Perceived Therapist Impact // *Phys Occup Ther Pediatr* / — 2020;40(3):263-278.
30. TVCC Research Program Report 2014-2018. <https://www.tvcc.on.ca/sites/default/files/files/AnnualResearchReport2014-2018.pdf>
31. Shad A., Distinguished A. Communication issues in pediatric oncology// SIOP PODC Presentation Date: 13th February 2015 Recording Link at www.cure4kids.org: https://www.cure4kids.org/ums/home/conference_rooms/enter.php?room=p71i0hay65a
32. Watson PG. The optimal functioning plan. A key element in cancer rehabilitation. *Cancer Nurs.* 1992 Aug;15(4):254-63. PMID: 1504954.Supportive Care Education

REFERENCES

1. Pearson H.A. History of pediatric hematology oncology. *Pediatr Res.* 2002; 52:979-992. [PubMed] [Google Scholar]
2. Ries L., Melbert D., Krapcho M., Stinchcomb D., Howlander N., Horner M., Mariotto A, Miller B., Feuer E., Altekruse S., Lewis D., Clegg L., Eisner M., Reichman M., Edwards B. SEER cancer statistics review, 1975-2005. National Cancer Institute; http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/, [Google Scholar]
3. Lam C.G., Howard S.C., Bouffet E., Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science.* 2019 Mar 15; 363 (6432): 1182-1186. doi: 10.1126/science.aaw4892. PMID: 30872518.
4. Weaver M.S., Rosenberg A.R., & Tager J. A Summary of Pediatric Palliative Care Team Structure and Services as Reported by Centers Caring for Children with Cancer. *J. Palliat. Med.*, 2018; 21(4), 452-462.
5. Stepanov M. The Ministry of Health has developed a National Strategy for Cancer Control until 2030. 2021. moz.gov.ua. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/maksim-stepanov-moz-rozrobilo-nacionalnu-strategiju-kontrolju-onkozahvorjuvan-do-2030-roku>
6. Murtagh, F.E., Bausewein, C., & Verne, J. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *J. Palliat Med.*, 2014; 28(1), 49-58.
7. Mirlashari J., Ebrahimpour F., Salisu W. War on Two Fronts: Experience of Children with Cancer and Their Family During COVID-19 Pandemic in Iran/ *Journal of Pediatric Nursing.* Volume 57, March-April 2021, Pages 25-31 <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.024>
8. Sira N., Lamson A., Foster CL. Relational and Spiritual Coping Among Emerging and Young Adult Cancer Survivors, *Journal of Holistic Nursing*, 2020, 38, 52-67.
9. Sira N., Desai PP, Sullivan KJ., Hannon DW., Coping Strategies in Mothers of Children with Heart Defects: A Closer Look into Spirituality and Internet Utilization, *Journal of Social Service Research*, 2014, 40, 606-622.
10. Wakefield CE., McLoone JK., Butow P., Lenthen K., Cohn RJ. Parental adjustment to the completion of their child's cancer treatment. *Pediatr Blood Cancer.* 2011; 56:524-531.
11. Blomgren AS., Svahn K., Åström E., Rönnlund M. Coping strategies in late adolescence: Relationships to parental attachment and time perspective. *Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 2016; 177, 85-96.
12. Meadors P., Lamson A., Swanson M., White M., Sira N., Secondary traumatization in pediatric health-care providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress, *Omega*, 2009-2010, 60, 103-128.
13. Wiener L. & Kazak A. Standards of psychosocial care for children with cancer and their families: Past, present and future directions. *Pediatr Blood Cancer.* 2015 Dec; 62 Suppl 5(Suppl 5):S419-24. doi: 10.1002/pbc.25675. Epub 2015 Sep 23
14. Saturskaya H.S, Shishatskaya I.M, Satursky O.V, Collins D.M, & Markiv-Bukovskaya N.P (2021). Modern aspects of the organization of palliative and hospice care in Ukraine in terms of reforming the medical sector. *Journal of social hygiene and health care organization of Ukraine* (1), 33-39. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12140>
15. Mishra S., Scherer R., Snyder C., Geigle P., Berlanstein D., Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment (review). *Cochrane Collab.* 2014;8:CD008465.



16. Dietz J. (1981) Adaptive rehabilitation in cancer: a program to improve quality of survival. Cited in Watson P.G. (1990) Cancer rehabilitation: the evolution of a concept. *Cancer Nursing*, 13, 2–12.
17. Van Weert E., May AM., Korstjens I., Post J., Van Der Schans CP., Van Den Borne B., et al. Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Phys Ther*. 2010;90:1413–25.
18. Hartman A, Te Winkel ML, Van Beek RD, De Muinck Keizer-Schrama SMPF, Kemper HCG, W. C. J. Hop WCJ, et al. A randomized trial investigating an exercise program to prevent reduction of bone mineral density and impairment of motor performance during treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr. Blood Cancer*. 2009;53:64–71.
19. Marchese VG, Chiarello LA, Lange BJ. Effects of physical therapy intervention for children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2004;42:127–33.
20. Tanir MK, Kuguoglu S. Impact of exercise on lower activity levels in children with acute lymphoblastic leukemia: a randomized controlled trial from Turkey. *Rehabil Nurs*. 2013;38:48–59.
21. Moyer-Mileur LJ, Ransdell L, Bruggers CS. Fitness of children with standard-risk acute lymphoblastic leukemia during maintenance therapy: response to a home-based exercise and nutrition program. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2009;31:259–66.
22. Seitz DCM, Besier T, Goldbeck L. Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psychooncology*. 2009;18:683–90.
23. Richter D, Koehler M, Friedrich M, Hilgendorf I, Mehnert A, Weißflog G. Psychosocial interventions for adolescents and young adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015;95:370–86
24. Braam KI, Van Dijk EM, Veening MA, Bierings MB, Merks JHM, Grootenhuis MA, et al. Design of the Quality of life in motion (QLIM) study: a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of a combined physical exercise and psychosocial training program to improve physical fitness in children with cancer. *BMC Cancer*. 2010;10:624.
25. Celedón V, Rossell N, Zubieta M. Holistic rehabilitation for children with cancer: The Chilean model. *Cancer Reports*. 2021;e1515. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1515>
26. Fischmeister G., Riedl D., Sanio G. et al. Rehabilitation for children and adolescents after cancer: importance and implementation in Austria. memo (2021). <https://doi.org/10.1007/s12254-021-00729-x>
27. Krauth KA. Family-oriented rehabilitation (FOR) and rehabilitation of adolescents and young adults (AYA) in pediatric oncology. *Oncol Res Treat*. 2017;40(12):752–8. <https://doi.org/10.1159/000484609>. PMID: 29151110
28. Sisk B., Friedrich A., Blazin L., Baker J, Mack J., DuBois J. Communication in Pediatric Oncology: A Qualitative Study // *Pediatrics* /2020 Sep;146(3) PMID: 32820068 <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1193>
29. Schwellnus H., Seko Y., King G., Baldwin P., Servais M. Solution-Focused Coaching in Pediatric Rehabilitation: Perceived Therapist Impact // *Phys Occup Ther Pediatr* / — 2020;40(3):263–278.
30. TVCC Research Program Report 2014–2018. <https://www.tvcc.on.ca/sites/default/files/files/AnnualResearchReport2014-2018.pdf>
31. Shad A., Distinguished A. Communication issues in pediatric oncology// SIOP PODC Presentation Date: 13th February 2015 Recording Link at www.cure4kids.org: https://www.cure4kids.org/ums/home/conference_rooms/enter.php?room=p71i0hay65a
32. Watson PG. The optimal functioning plan. A key element in cancer rehabilitation. *Cancer Nurs*. 1992 Aug;15(4):254–63. PMID: 1504954. Supportive Care Education

Отримано 24.09.2021 р.