

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 616-053.2

*Емельяшенок Е.Е., Свиридова Т.В., Мурашкин Н.Н., Макарова С.Г., Егоренкова О.С., Ерешко О.А.*

## Психологическая готовность родителей детей раннего возраста с атопическим дерматитом к выполнению рекомендаций врачей

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», 119991, Москва, Россия

**Введение.** Вопросы повышения эффективности терапии атопического дерматита (АтД) у детей раннего возраста актуальны. При этом недостаточное внимание уделяется такому социально управляемому фактору, как готовность родителей к соблюдению рекомендаций специалистов.

**Цель:** определить психологическую готовность родителей детей раннего возраста с АтД к выполнению рекомендаций врачей.

**Материалы и методы.** Проведён анализ данных анкетирования 48 родителей детей в возрасте до 2 лет 11 мес, которые были госпитализированы в отделение дерматологии с тяжёлым АтД. Использовались авторская анкета «Отношение родителей детей раннего возраста с АтД к рекомендациям» и адаптированная методика М. Рокича «Ценностные ориентации».

**Результаты.** Несмотря на декларируемую родителями детей раннего возраста с АтД удовлетворительную приверженность лечению (94%), более чем в 70% случаев они испытывают психологические проблемы, которые являются субъективным препятствием для реализации назначений педиатра: недостаточная информированность или дезинформированность в отношении лечения ребёнка, отсутствие привычки к соблюдению принципов здорового питания, эмоциональные и воспитательные трудности, слабая выраженность приоритета здоровья в системе ценностей. При этом удовлетворительная готовность к соблюдению рекомендаций врача отмечена только в 11 (23%) случаях, а в 37 (77%) случаях выявлена низкая готовность родителей к сотрудничеству.

**Заключение.** Для повышения эффективности лечения детей с тяжёлым АтД необходимо обеспечить у родителей мотивацию сотрудничества со специалистами и повысить психологическую готовность к соблюдению рекомендаций.

**Ключевые слова:** атопический дерматит; ранний возраст; комплаентность; комплексная реабилитация; психолого-педагогическое сопровождение

**Для цитирования:** Емельяшенок Е.Е., Свиридова Т.В., Мурашкин Н.Н., Макарова С.Г., Егоренкова О.С., Ерешко О.А. Психологическая готовность родителей детей раннего возраста с атопическим дерматитом к выполнению рекомендаций врачей. *Российский педиатрический журнал*. 2023; 26(1): 46–53. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-1-46-53>

**Для корреспонденции:** *Емельяшенок Евгений Евгеньевич*, аспирант отдела профилактической педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [dkswdsman@mail.ru](mailto:dkswdsman@mail.ru)

**Участие авторов:** Макарова С.Г., Свиридова Т.В. — концепция и дизайн исследования; Емельяшенок Е.Е. — сбор и обработка материала, написание текста; Мурашкин Н.Н., Егоренкова О.С., Ерешко О.А. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

**Финансирование.** Исследование не имело финансовой поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 09.12.2022  
Принята к печати 17.01.2023  
Опубликована 28.02.2023

*Evgeniy E. Emelyashenkov, Tatiana V. Sviridova, Nikolay N. Murashkin, Svetlana G. Makarova, Olga S. Egorenkova, Oksana A. Ereshko*

## Psychological readiness of parents of young children with atopic dermatitis to implement medical recommendations

National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation

**Introduction.** The issues of increasing the effectiveness of the treatment of atopic dermatitis (AD) in young children remain extremely relevant. At the same time, insufficient attention is paid to such a socially controlled factor in treatment as the readiness of parents to comply with the recommendations of specialists.

**Materials and methods.** In the course of an observational cross-sectional study, there was made an analysis of medical and social data and the results of a survey of forty eight parents of children under the age of 2 years 11 months who were hospitalized in the Department of Dermatology of the National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of Russia with established severe AD. The author's questionnaire «Attitude of parents of young AD children to recommendations», adapted by M. Rokich's method «Value Orientations» was used.

**Results.** Despite the declared satisfactory adherence to treatment in more than 70% of cases parents of young AD children (94%) were established to experience one or a number of psychological problems that act as a subjective obstacle to the implementation of pediatrician's prescriptions: lack of awareness or misinformation regarding the treatment of the child, the lack of the habit of observing the principles of «healthy» nutrition, emotional and educational difficulties, the weak expression of the priority of «health» in the value system. According to the expert analysis of the answers of parents, a satisfactory readiness to comply with the recommendations was noted in only 11 (23%) cases, poor — in 37 (77%) cases.

**Conclusion.** To improve the effectiveness of treatment of children with severe AD, it is necessary to strengthen the motivation of parents to cooperate with specialists and increase their psychological readiness to follow the recommendations.

**Keywords:** atopic dermatitis, early age; compliance; comprehensive rehabilitation; dietetics; compliance; psychological and pedagogical support

**For citation:** Emelyashenkov E.E., Sviridova T.V., Murashkin N.N., Makarova S.G., Egorenkova O.S., Ereshko O.A. Psychological readiness of parents of young children with atopic dermatitis to implement medical recommendations. *Rossiyskiy Pediatricheskij Zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2023; 26(1): 46–53. (In Russian).  
https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-1-46-53

**For correspondence:** *Evgeniy E. Emelyashenkov*, postgraduate student, Department of preventive pediatrics, National Medical Research Center for Children's Health, Ministry of Health of Russia, dkswdsman@mail.ru

**Contribution:** Makarova S.G., Sviridova T.V. — research concept and study design, editing; Emelyashenkov E.E. — collection and processing of material, writing the text; Murashkin N.N., Egorenkova O.S., Ereshko O.A. — editing. Approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article — all co-authors.

**Information about the authors:**

Emelyashenkov E.E., <https://orcid.org/0000-0002-0995-4260>  
Sviridova T.V., <https://orcid.org/0000-0001-9838-3457>  
Murashkin N.N., <https://orcid.org/0000-0003-2252-8570>  
Makarova S.G., <https://orcid.org/0000-0002-3056-403X>  
Egorenkova O.S., <https://orcid.org/0000-0002-5182-6342>  
Ereshko O.A., <https://orcid.org/0000-0002-1650-652X>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received: December 09, 2022

Accepted: January 17, 2023

Published: February 28, 2023

## Введение

Атопический дерматит (АтД) — многофакторное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Распространённость АтД в детской популяции неуклонно растёт и составляет 10–15% в возрастной группе до 5 лет. Как правило, АтД дебютирует в раннем детстве (до 3 лет) и в 60% случаев протекает с периодическими обострениями на протяжении всей жизни больного [1–3]. Считается, что АтД у детей является фактором последовательного развития других аллергических заболеваний: аллергического ринита, полиноза, аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы. В этой связи актуальным остаётся повышение эффективности терапии и достижение стойкой ремиссии АтД [3–5]. Лечение больных с АтД должно быть комплексным и патогенетическим, включать, наряду с местной и системной фармакотерапией, коррекцию сопутствующей патологии, элиминационные мероприятия, диету, гипоаллергенный режим [6–8]. При этом необходимо повышать приверженность родителей лечению [9–13].

Низкая приверженность родителей к рекомендованной терапии может быть обусловлена их недостаточной информированностью по вопросам лечения ребёнка. Известно, что каждый четвёртый случай манифестации аллергодерматозов связан с неправильным питанием ребёнка, в том числе с неправильным введением прикормов на первом году жизни [14–16]. Некоторым родителям больных АтД свойственны опасения в отношении выбора методов лечения своих детей из-за возможных побочных эффектов терапии (стероидофобия) [17–19]. Отсутствие необходимых знаний и опыта организации элиминационного режима у молодых родителей нередко становится причиной обострения болезни у ребёнка раннего возраста [19].

Ситуация осложняется трудностями установления сотрудничества между родителями и врачами, в результате чего родители не готовы открыто обсуждать со специалистами возможные погрешности в диете и приёме препара-

тов. Эти трудности в значительной степени препятствуют установлению контроля над течением заболевания и повышают риски возникновения осложнений АтД [20, 21]. На фоне обострения АтД и трудностей подбора лечения родители детей с АтД нередко испытывают чувство вины, безысходности, препятствующее выполнению рекомендаций врача и эмоциональному контакту с ребёнком [22–24]. В отдельных случаях взрослые, воспитывающие детей со среднетяжёлым или тяжёлым АтД, имеют низкий уровень качества жизни и испытывают стресс, сопоставимый с психотравмирующими переживаниями родителей пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом, муковисцидозом [25–27].

Дополнительным источником негативных переживаний у родителей выступают трудности детско-родительских отношений, обусловленные наличием у детей с АтД повышенной эмоциональной лабильности, нарушений сна и аппетита, психофизического дискомфорта и фиксации на кожных проявлениях. И всё это — при отсутствии у родителей необходимых психолого-педагогических знаний и опыта воспитания больного ребёнка [28]. Нередко это приводит к нарушениям детско-родительских отношений, невротическому развитию детской личности и формированию у ребёнка негативного отношения к лечению и выполнению рекомендаций врача [29].

Наблюдается также потребность в целостности понимания поведения родителей в отношении лечения ребёнка, которое определяется не только их информированностью, но и ценностями и мотивами, навыками самоорганизации в отношении лечения ребёнка, что, по нашему мнению, и составляет готовность взрослых к выполнению рекомендаций специалистов [30]. Такой подход к анализу приверженности лечению позволит осуществить прогноз поведения родителей в отношении лечения ребёнка и своевременно определить эффективную тактику взаимодействия с семьёй. В этой связи особый интерес вызывает оценка готовности к соблюдению рекомендаций у родителей детей раннего возраста, когда от родителей зависит не только качество ухода за кожей больного, выполнения рекомендаций по фармакотерапии, но и рацион питания и формирование пищевых привычек.

**Цель работы:** определить психологическую готовность родителей детей раннего возраста с АтД к выполнению рекомендаций врачей.

### Материалы и методы

Проведено анкетирование 48 родителей детей (22 девочки и 26 мальчиков), госпитализированных вместе с ними в отделение дерматологии. Критериями включения были возраст детей до 2 лет 11 мес и установленный тяжёлый АтД (индекс SCORAD > 50). У всех детей был диагностирован тяжёлый АтД, у 40 (83%) детей было диагностировано обострение болезни: медианный индекс SCORAD — 55 (51; 60), баллов. Медиана длительности болезни составила 18 (5; 27) мес, медиана возраста — 20 (8; 29) мес. В 36 (75%) случаях анамнез пациентов был отягощён наличием АтД у родителей и сиблингов; 46 (96%) детей воспитывались в полной семье, из них 34 (71%) были единственными детьми в семье, 14 (29%) воспитывались вместе с сиблингом. В 8 (16%) семьях активное участие в воспитании и уходе за ребёнком принимали прапрадедушки (бабушки). Большинство родителей находилось в зрелом возрасте (медианный возраст матерей — 36 (29,5; 42) лет, отцов — 37 (31; 45)).

На консультации диетолога респонденты (родители детей с АтД) знакомы с целями и процедурой опроса. Опрос проводили дистанционно с помощью опросника, сформированного при помощи программы для администрирования опросов Google Forms [31]. Ответы взрослые давали самостоятельно, но при необходимости перед заполнением анкеты родители могли уточнить инструкцию и процедуру заполнения опросника у специалистов.

Психологическую готовность родителей к выполнению рекомендаций врачей изучали с помощью опросника, который включал закрытые и открытые вопросы. Понятие «психологическая готовность» подразумевало устойчивость мотивов, навыки самоорганизации и необходимые знания в отношении лечения ребёнка. Это соотносится с концепцией деятельности А.Н. Леонтьева, в соответствии с которой психическая деятельность есть внутренняя (психическая) и внешняя (физическая) целенаправленная и осознанная активность, порождённая потребностями [32]. Категории вопросов были сформулированы нами на основе анализа литературы, их формулировки — на основе имеющегося практического опыта. Для оценки мотивационно-ценностной сферы родителей использовали ранжирование ценностей воспитания от 1 до 10, где 1 характеризует максимальный ранг приоритета, а 10 — минимальный [32]. Прототипом выступила методика М. Рокича «Ценностные ориентации». Использование принципов построения коммуникации с респондентом и получения диагностической информации в рамках данной методики позволило предупредить формальные и социально-желательные ответы родителей и получить реалистичное представление о соотношении ценностей в отношении воспитания у родителей [33, 34].

Отнесение родителей в группу с удовлетворительной и низкой готовностью к выполнению рекомендаций осуществлялось на основе экспертного анализа. Экспертами рассматривались такие параметры, как приоритетность ценности здоровья в воспитании, информированность и объём выполнения рекомендаций, установки в отношении здорового питания; эмоциональные и воспитательные ре-

сурсы семьи; понимание родителем проблем ребёнка и необходимости консультации специалистов. Анализ данных опроса родителя в сочетании с клиническими данными о ребёнке осуществляли параллельно три эксперта (дерматолог, диетолог, психолог) с опытом работы с родителями детей с АтД более 15 лет. Достижение консенсуса о готовности родителей к выполнению рекомендаций осуществлялось на основании мнения большинства.

Необходимый размер выборки предварительно не рассчитывали. Статистические критерии для анализа данных не применяли. Клинические данные представлены с использованием медианы (Me) и квартилей (Q<sub>1</sub>; Q<sub>3</sub>).

Проведение исследования одобрено независимым локальным этическим комитетом.

### Результаты

Анализ данных опроса показал, что практически все родители считают, что точно либо почти полностью выполняют рекомендации специалистов (табл. 1). Однако определение уровня информированности родителей в отношении ухода и воспитания детей с АтД показало, что, несмотря на то, что большинство взрослых ответили, что их ребёнок имеет регулярное 4–6-разовое питание в соответствии с возрастом и полноценный сон, в 21% случаях взрослые, воспитывающие ребёнка с АтД, имели лишь фрагментарные представления о других врачебных рекомендациях. Это отражалось в неполных практико-ориентированных ответах (например, «не давать ребёнку сок», «не гладить кошку», «мазать гормональной мазью»).

На основе контент-анализа ответов на открытые вопросы они были объединены в следующие категории: 1 — объём перечисленных рекомендаций; 2.1 и 2.2 — субъективные трудности, препятствующие в полной мере выполнять назначения; 4 и 5 — соответствие режима сна и питания возрастным нормативам.

Установлено, что родители детей с АтД часто сталкиваются с психологическими барьерами в процессе выполнения рекомендаций диетолога. Так, 70% родителей отмечают беспокойство из-за введения ограничений в питании. Взрослые опасаются, что диетический рацион может препятствовать полноценному физическому развитию ребёнка. Особенно беспокоит родителей исключение из рациона молока, хлебобулочных изделий и рыбы. На психологический дискомфорт в ответ на настойчивые требования ребёнка дать в качестве поощрения привычные в семье сахаросодержащие продукты жалуются 8% родителей. Такое же число родителей испытывают трудности введения новых продуктов в рацион ребёнка из-за уже имеющегося негативного опыта и опасений его повторения.

В 40% случаев взрослые не были удовлетворены рекомендациями специалистов и допускали возможность самостоятельного принятия решений в отношении введения либо отмены прикорма ребёнка, обосновывая его мнением авторитетных людей (знакомых, интернета и др.), предпочтениями малыша, родительским опытом и «чутьем». При этом в 25% случаев трудности соблюдения рекомендаций в отношении питания ребёнка сочетались с наличием нездоровых пищевых установок в семье. Несмотря на наличие в 75% случаев у членов семьи АтД, сами взрослые озвучивают регулярное употребление в пищу нежелательных продуктов: консервов, сладостей, газированных напитков и фастфуда. Родителями

Таблица 1 / Table 1

Результаты опроса родителей детей раннего возраста с тяжёлым АтД  
 Results of a survey of parents of young children with severe AD

Вопросы   Questions	N (%)
<b>Степень информированности и объём выполнения рекомендаций</b> <b>Degree of awareness and extent of implementation of recommendations</b>	
1. Рекомендации, полученные от врачей после последнего визита: Recommendations received from doctors after the last visit:	
• знают и смогли в точности перечислить назначения   know and were able to accurately list the appointments	17 (35%)
• перечислили частично   listed partially	21 (44%)
• ответили фрагментарно   answered fragmentarily	10 (21%)
2.1. Рекомендации дерматолога, вызывающие наибольшие затруднения: Dermatologist's recommendations that cause the most difficulties:	
• нанесение мазей   application of ointments	17 (35%)
• опасения из-за побочных реакций медикаментозной терапии   concerns about adverse reactions	7 (14%)
• временные затраты на обработку кожи мазями   time spent on skin treatment with ointments	6 (12%)
• неприятный запах препаратов   unpleasant smell of medicine	4 (8%)
• высокая стоимость препарата   high cost of the medicine	4 (8%)
2.2. Рекомендации диетолога, вызывающие наибольшие затруднения: Dietitian recommendations that cause the most difficulties:	
• соблюдение диетического режима питания   adherence to a dietary regimen	34 (70%)
• диета как препятствие физическому развитию ребёнка   diet as an obstacle to the physical development of the child	26 (54%)
• негативный опыт введения прикорма   negative experience with introduction of complementary foods	4 (8%)
• сахаросодержащие продукты как проявление внимания к ребёнку   sugar-containing products as a manifestation of attention to the child	4 (8%)
3. Оценка степени приверженности рекомендациям специалистов: Assessment of the degree of adherence to the recommendations of specialists:	
• полностью   fully	29 (60%)
• почти полностью   almost full	16 (33%)
• частично   partially	3 (7%)
• практически не удаётся   almost never	0
4. Оценка сбалансированности/соответствия рациона потребностям ребёнка: Evaluation of the balance/compliance of the diet with the needs of the child:	
• сбалансирован/соответствует   balanced/corresponds	19 (40%)
• не сбалансирован/не соответствует   not balanced/does not match	29 (60%)
5. Режим сна ребёнка:   Child sleep regime:	
• полноценный сон   good sleep	43 (90%)
• нарушение режима   regime violations	5 (10%)
• грубое нарушение режима сна   severe regime violations	0
6. Кратность и регулярность ежедневного приёма пищи: Number and regularity of daily meals:	
• регулярное 4–6-разовое питание в соответствии с возрастом   regular 4–6 meals a day, according to age	46 (96%)
• нарушения в режиме питания   violations of eating regime	2 (4%)
• грубые нарушения режима питания   severe violations of eating regime	0
<b>Отношение родителей к рекомендациям специалистов</b> <b>The attitude of parents to the recommendations of specialists</b>	
7. Ориентиры в принятии решения о питании ребёнка (введение новых блюд): Landmarks in making a decision about the child's nutrition (introduction of new dishes):	
• рекомендации врача   doctor's recommendations	24 (50%)
• рекомендации авторитетных людей (знакомых, интернет и т.п.)   recommendations of reputable people (acquaintances, Internet, etc.)	5 (10%)
• предпочтения ребёнка   child preferences	5 (10%)
• родительское чутье, опыт   parenting experience	6 (12%)
• физическое состояние ребёнка (выраженность атопических проявлений)   the physical condition of the child (severity of atopic manifestations)	9 (18%)

Вопросы   Questions	N (%)
8. Удовлетворённость рекомендациями специалистов по вопросам питания: Satisfaction with recommendations from nutritionists:	
• полностью   fully	10 (20%)
• отчасти   partially	19 (40%)
• не удовлетворены   not satisfied	19 (40%)
<b>Установки в отношении здорового питания</b> <b>Attitudes towards healthy eating</b>	
9. Ежедневное употребление в пищу:   Daily eating:	
• острое, солёное, жирное   spicy, salty, fatty	18 (38%)
• копчёности, консервы   smoked meats, canned food	20 (42%)
• сладости, газированные напитки   sweets, carbonated drinks	11 (23%)
• чипсы, сухарики, фаст-фуд   chips, crackers, fast food	5 (10%)
10. Возраст начала* употребления ребёнком кондитерских изделий: Age of onset* of confectionery consumption by the child:	
• до года   up to a year	5 (10%)
• с 1–2 лет   from 1–2 years	16 (33%)
• с 3–5 лет   from 3–5 years	22 (46%)
• после 6–7 лет   after 6–7 years	5 (10%)
• никогда   never	0
11. Возраст начала* употребления ребёнком полуфабрикатов, морепродуктов, соусов, чипсов, фаст-фуда: Age of onset* of the child's consumption of processed foods, seafood, sauces, chips, fast food:	
• до года   up to a year	5 (10%)
• с 1–2 лет   from 1–2 years	20 (42%)
• с 3–5 лет   from 3–5 years	23 (48%)
• после 6–7 лет   after 6–7 years	3 (6%)
• никогда   never	0
<b>Эмоциональные и воспитательные ресурсы семьи</b> <b>Emotional and educational resources of the family</b>	
12. Внезапные изменения в семье за последние 12 мес (развод, переезд, потеря работы, рождение ребёнка, тяжёлое заболевание, смерть близкого родственника) Sudden changes in the family over the last 12 months (divorce, relocation, job loss, childbirth, serious illness, death of a close relative)	
• да   yes	12 (25%)
• нет   no	36 (75%)
13. Причины дополнительного приема пищи ребёнком (не связанного с голодом): Reasons for additional food intake by a child (not related to hunger):	
• перевозбуждение   overexcitation	10 (21%)
• плохое самочувствие   feeling unwell	3 (6%)
• трудности засыпания   difficulty falling asleep	10 (20%)
• потребность в эмоциональном контакте   need for emotional contact	14 (30%)
• по требованию самого ребёнка   at the request of the child	11 (23%)
<b>Понимание проблем ребёнка и необходимости консультации специалистов</b> <b>Understanding the child's problems and the need for specialist advice</b>	
14. Эмоциональные или поведенческие трудности у ребёнка: Emotional or behavioural difficulties in the child:	
• повышенная эмоциональная лабильность («капризы»)   increased emotional lability («whims»)	30 (63%)
• нарушения сна   sleep disorders	16 (33%)
• избирательный аппетит   selective appetite	20 (42%)
• когнитивный дефицит ребёнка   child's cognitive deficit	16 (33%)
• чрезмерная тревожность   excessive anxiety	24 (50%)
15. Потребность в помощи специалиста психолого-педагогического профиля (педагога, логопеда, психолога) семье или ребёнку: The need for the help of a specialist of psychological and pedagogical profile (teacher, speech therapist, psychologist) to a family or child:	
• имеется   available	6 (13%)
• отсутствует   absent	42 (87%)

**Примечание.** \*Включая готовность родителей к такому расширению рациона питания в будущем.  
**Note.** \*Including parental readiness for such dietary expansion in the future.

также допускается возможность употребления «нездоровой» пищи ребёнком после его перевода на взрослый стол и/или улучшения состояния (в среднем с 3–5 лет).

Среди воспитательных трудностей, с которыми сталкиваются родители, отмечаются: повышенная эмоциональная лабильность («капризы»); нарушения сна и избирательный аппетит ребёнка; повышенная возбудимость и когнитивный дефицит ребёнка; такие особенности характера ребёнка, как пассивность, чрезмерная тревожность. В качестве средства успокоения ребёнка все родители выразили готовность предоставить ребёнку дополнительный приём пищи в ситуациях, не связанных с их физиологической потребностью, — при возбуждении и/или нарушении сна, требовании самого ребёнка или его плохом самочувствии. Причем, несмотря на констатацию родителями психологических проблем у ребёнка, лишь небольшое число взрослых выразили готовность к получению психолого-педагогической помощи (дефектолога, логопеда, семейного психолога). Остальные родители были ориентированы на лечение малыша, а разрешение воспитательных трудностей связывали либо с улучшением состояния здоровья ребёнка, либо с его взрослением и достижением дошкольного возраста. Причём 50% негативных ответов родителей были связаны с состоянием хронического стресса и недостаточным эмоциональным ресурсом для обращения к специалистам.

Анализ мотивационно-ценностных установок родителей показал, что в качестве приоритетных ориентиров для них выступают следующие ценности: «здоровье», «умственное развитие», «психическое благополучие», «нравственное развитие ребёнка». Второе ранговое место занимает ценность «успешность в учебе». На третьем месте находятся «умение общаться с другими людьми» и «внешняя привлекательность». Ниже по значимости, соответственно, родители отмечают «социальный успех, лидерство», «спортивные достижения» и «приверженность семейным традициям» (табл. 2).

Экспертный анализ ответов родителей показал, что удовлетворительная готовность к соблюдению рекомендаций была выявлена в 11 (23%) случаях, низкая — в 37 (77%).

В первую группу вошли в основном родители с опытом воспитания детей, медицинской информированностью в отношении лечения ребёнка, достаточным родительским контролем (авторитарный либо авторитетный стиль воспитания), выраженным приоритетом «здоровья» в системе ценностей воспитания и придерживающиеся принципов здорового питания. Взрослые данной группы практически не отмечали субъективных трудностей при выполнении рекомендаций специалистов (дерматолога и диетолога), стремились к сотрудничеству с врачом и получению авторитетной информации в отношении лечения ребёнка.

Вторую группу составили в основном взрослые, воспитывающие единственного ребёнка в семье и не имеющие опыта воспитания. Их характеризовали различные уровни информированности о лечении ребёнка, склонность к нарушению принципов здорового питания в семье, недостаточный родительский контроль (попустительский либо непоследовательный типы воспитания), а также наличие в мотивационно-ценностной сфере наряду со здоровьем и других приоритетов в отношении

воспитания. Такие родители придерживаются рекомендаций специалистов, стиля воспитания и питания ребёнка исходя из имеющегося опыта, заложенных в детстве образцов поведения, своих убеждений и ценностей, а не актуальных психофизических потребностей малыша. Это приводит к избирательному выполнению рекомендаций врача и риску снижения эффективности лечения. Отсутствие ожидаемого эффекта от лечения, в свою очередь, может дополнительно негативно сказаться на готовности к сотрудничеству со специалистами и усугублению ситуации.

### Обсуждение

Несмотря на декларируемую родителями детей раннего возраста с АтД удовлетворительную приверженность лечению (94%), более чем в 70% случаев они испытывают психологические проблемы, выступающие субъективными препятствиями для реализации назначений педиатра: недостаточная информированность или дезинформированность в отношении лечения ребёнка, отсутствие привычки к соблюдению принципов «здорового» питания, эмоциональные и воспитательные трудности, слабая дифференцированность ценности здоровья ребёнка в системе ценностных приоритетов воспитания. Оценка степени готовности родителя к выполнению рекомендаций, учёт социально-психологических факторов, её детерминирующих, позволяет специалистам выбрать наиболее эффективную стратегию взаимодействия.

Установленные нами закономерности имеют определённые ограничения в связи с использованием опросного и проективного методов и требуют уточнения на большем объёме выборки с включением данных катанестического наблюдения. Нами были получены новые данные о недостаточной приверженности родителей детей с АтД к выполнению рекомендаций специалистов [7, 12, 14] и о необходимости разработки методов повыше-

Таблица 2/ Table 2

Иерархия ценностей родителей детей раннего возраста с АтД  
 Hierarchy of values of parents of young children with AD

Ценности Values	Частота указания максимальной ценности, % Frequency of indicating the maximum value, %
Здоровье   General health	97
Умственное развитие   Mental development	88
Психическое благополучие   Mental well-being	81
Нравственное развитие   Moral development	75
Успешность в учёбе   Success in studies	75
Умение общаться   Ability to communicate	50
Социальный успех   Social success	46
Внешность, красота   Appearance, beauty	42
Спортивные достижения   Sports achievements	42
Продолжение семейных традиций   Continuation of family traditions	25

ния их готовности к соблюдению рекомендаций [5–7]. Также удалось отметить высокую степень субъективности отношения взрослых к рекомендациям (применение гормональных мазей и соблюдение элиминационного режима), наличие эмоциональных трудностей у родителей, препятствующих выполнению назначений [8–10].

Нами выявлено, что несмотря на тот факт, что здоровье, согласно анкетированию родителей, занимает первое ранговое место в иерархии ценностей у всех взрослых, в 30 (63%) случаях наблюдается слабая выраженность ценностных профилей — когда субъективная значимость здоровья сопоставима с умственным и нравственным развитием либо с успешностью в учёбе, что может приводить к трудностям согласования ценностей и разумного баланса в отношении воспитания и лечения ребёнка. Особое внимание нужно обратить на недостаточную культуру питания в семьях и отсутствие привычки родителей выполнять рекомендации специалистов. Кроме того, по нашим данным, в большинстве случаев у таких родителей наблюдается недостаточный родительский контроль, который характерен для попустительского либо непоследовательного типа воспитания, препятствующий последовательному выполнению рекомендаций врача. Учитывая тот факт, что пищевое поведение как совокупность привычек, связанных с приёмом пищи, начинает формироваться с первых дней жизни ребёнка и продолжается на всех этапах роста и развития, нездоровые пищевые привычки взрослых и формирование нездоровых паттернов пищевого поведения в раннем детском возрасте являются неблагоприятными прогностическими факторами в отношении соблюдения ребёнком диетических ограничений в будущем.

Описание групп родителей с удовлетворительной и низкой готовностью к соблюдению рекомендаций специалистов на основе экспертного анализа позволило определить оптимальные стратегии взаимодействия. Для родителей с удовлетворительной психологической готовностью к соблюдению рекомендаций считаем необходимым регулярный контакт со специалистами (дерматологом, диетологом, психологом) для своевременного обучения основам организации питания ребёнка и ухода за кожей, информирования по вопросам воспитания и развития ребёнка раннего возраста, повышения личностных ресурсов и семейного функционирования (1–2 консультации в месяц). Полученную родителями информацию на консультациях полезно подкреплять наглядными памятками о подходящем рационе питания для их ребёнка, основах ухода за кожей, ключевых составляющих элиминационного режима и программой психолого-педагогических занятий.

При анализе группы родителей с низкой готовностью к выполнению рекомендаций некоторые наши результаты соответствовали данным, полученным ранее [27]. Так, установлено, что у многих родителей возникают трудности с выполнением рекомендаций специалистов за счёт снижения общего качества жизни, обусловленного стрессом из-за хронического заболевания ребёнка [27], а также из-за низкой медицинской просвещённости, выразившейся в основном в непонимании аллергической природы заболевания и, на основании этого, отказа от строгого соблюдения назначенной диеты [15].

По нашему мнению, при низкой готовности родителей к выполнению рекомендаций специалистам требует-

ся больший объём медико-социально-психологической поддержки семьи. В первую очередь важно повысить контроль над выполнением назначений, что должно быть отражено в схеме и режиме лечения. В процессе консультирования специалистами необходимо систематическое и последовательное предоставление родителям неопровержимых клинических доказательств правильности назначений врача и эффективности лечения. В некоторых случаях требуется организация регулярного обучения и контроля за выполнением рекомендаций во время госпитализации ребёнка. Достижение высокого уровня информированности родителя и положительный опыт лечения станут убедительными аргументами эффективности назначений для взрослых. Наряду с организацией регулярной просветительской работы (в формате индивидуальных консультаций, вебинаров по вопросам питания, уходу за кожей, воспитанию и развитию детей раннего возраста) необходимо психолого-педагогическое консультирование взрослых для оказания психологической поддержки и повышения степени осознанности действий родителей в отношении лечения ребёнка и ответственности за его здоровье (2–4 встречи ежемесячно).

Результаты опроса свидетельствуют о том, что, несмотря на высокую значимость здоровья ребёнка в их иерархии ценностей и убеждённости в достаточной высокой приверженности лечению, родители детей раннего возраста с тяжёлым АтД субъективны и избирательны в отношении выполнения тех или иных назначений (в частности, питания ребёнка). Специалистам следует учитывать, что существует ряд социально-психологических факторов, определяющих готовность семьи к выполнению врачебных рекомендаций, поэтому работа со взрослыми должна носить адресный характер и начинаться с момента постановки диагноза ребёнку. Это позволит своевременно укрепить у взрослых ценность здоровья и мотивацию сотрудничества со специалистами, сформировать навыки самоорганизации и получить необходимые знания в отношении здоровья ребёнка. В свою очередь, это будет способствовать уменьшению риска обострений болезни ребёнка с АтД по социально-психологическим причинам не только в ближайшем, но и в отдалённом будущем.

## Литература

(п.п. 1–7; 10; 11; 15–23; 25–28 см. References)

- Каурова Т.В., Ковальчук Ю.В., Микиргичан Г.Л., Чулкова В.А., Пестерева Е.В. К проблеме сотрудничества врача и пациента в детской дерматологической практике. *Медицина и организация здравоохранения*. 2022; 6(4): 95–103.
- Крючкова А.В., Панина О.А., Семьнина Н.М. Роль комплаентности в лечении детей с atopическим дерматитом. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2021; (4): 186–8.
- Ревякина В.А., Иванова Е.В., Кувшинова Е.Д., Ларькова И.А. Влияние семейных психологических факторов на течение atopического дерматита у детей. *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского*. 2018; 97(2): 38–43. <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-2-38-43>
- Вострикова С.А., Пенкина Н.И., Попова Н.М. Медико-социальная характеристика детей с atopическим дерматитом. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020; (3): 1–15. <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2020-00056>
- Янгутова М.М., Балханов Б.С., Сульгимов Б.М. Роль образовательной работы в формировании у родителей мотивации к сохранению здоровья здорового ребенка (на примере первичной профилактики atopического дерматита у детей раннего возраста). *Acta Biomedica Scientifica*. 2009; (2): 94–6.
- Дворянкова Е.В., Шевченко Н.А. Качество жизни детей с atopическим дерматитом и их родителей. *Consilium Medicum. Дерматология*. 2018; (2): 20–3. [https://doi.org/10.26442/2414-3537\\_2018.2.20-23](https://doi.org/10.26442/2414-3537_2018.2.20-23)

29. Султанова А.О., Сурьянинова Т.И. Разработка коррекционной программы, направленной на оптимизацию семейных отношений детей младшего школьного возраста, страдающих atopическим дерматитом. *Символ науки*. 2018; (12): 106–10.
30. Мигачева Н.Б., Жестков А.В., Каганова Т.И., Каткова Л.И. Образовательные программы в системе оказания помощи пациентам с atopическим дерматитом: кому это нужно? *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского*. 2018; (5): 151–8. <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-5-151-158>
31. Анкета для родителей детей раннего и дошкольного возраста с atopическим дерматитом. Available at: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeJl30IPZPT6O4GuPFL1h6AFJKWo4Kehen2gh4HTTrTqukCig/viewform>
32. Леонтьев А.А., ред. *Становление психологии деятельности: Ранние работы*. М.: Смысл; 2003.
33. Карелина А.А., ред. *Психологические тесты*. М.; 2000: 25–9.
34. Бодалев А.А., Столин В.В. *Общая психодиагностика*. СПб.: Речь; 2000.

## References

1. Eichenfield L.F., Stripling S., Fung S., Cha A., O'Brien A., Schachner L.A. Recent developments and advances in atopical dermatitis: a focus on epidemiology, pathophysiology, and treatment in the pediatric setting. *Paediatr. Drugs*. 2022; 24(4): 293–305. <https://doi.org/10.1007/s40272-022-00499-x>
2. Murota H., Koike Y., Morisaki H., Matsumoto M., Takenaka M. Exacerbating factors and disease burden in patients with atopical dermatitis. *Allergol. Int.* 2022; 71(1): 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2021.10.002>
3. Goh M.S., Yun J.S., Su J.C. Management of atopical dermatitis: a narrative review. *Med. J. Aust.* 2022; 216(11): 587–93. <https://doi.org/10.5694/mja2.51560>
4. Oykhman P., Dookie J., Al-Rammahy H., de Benedetto A., Asinowas R.N., LeBovidge J., et al. Dietary elimination for the treatment of atopical dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2022; 10(10): 2657–66.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.06.044>
5. Kelly K.A., Balogh E.A., Kaplan S.G., Feldman S.R. Skin disease in children: effects on quality of life, stigmatization, bullying, and suicide risk in pediatric acne, atopical dermatitis, and psoriasis patients. *Children (Basel)*. 2021; 8(11): 1057. <https://doi.org/10.3390/children8111057>
6. Ražnatović Đurović M., Janković J., Čirković A., Sojević Timotijević Z., Rašić J., Vitković L., et al. Impact of atopical dermatitis on the quality of life of children and their families. *Ital. J. Dermatol. Venereol.* 2021; 156(1): 29–35. <https://doi.org/10.23736/S2784-8671.19.06447-2>
7. Manjunath J., Silverberg J.I. Atopical dermatitis is associated with multiple behavioral problems in US children and adolescents. *Dermatitis*. 2022; 33(6S): S52–S60. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000749>
8. Kurova T.V., Koval'chuk Yu.V., Mikirtichan G.L., Chulkova V.A., Pestereva E.V. The problem of cooperation of doctor and patient in pediatric dermatological practice. *Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya*. 2022; 6(4): 95–103. (in Russian)
9. Kryuchkova A.V., Panina O.A., Semynina N.M. The role of compliance in the treatment of children with atopical dermatitis. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2021; (4): 186–8. (in Russian)
10. Domínguez O., Plaza A.M., Alvaro M. Relationship between atopical dermatitis and food allergy. *Curr. Pediatr. Rev.* 2020; 16(2): 115–22. <https://doi.org/10.2174/157339631566619111122436>
11. Ali F., Vyas J., Finlay A.Y. Counting the burden: atopical dermatitis and health-related quality of life. *Acta Derm. Venereol.* 2020; 100(12): adv00161. <https://doi.org/10.2340/00015555-3511>
12. Revyakina V.A., Ivanova E.V., Kuvshinova E.D., Lar'kova I.A. Influence of family psychological factors on atopical dermatitis course in children. *Pediatriya im. G.N. Speranskogo*. 2018; 97(2): 38–43. <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-2-38-43> (in Russian)
13. Vostrikova S.A., Penkina N.I., Popova N.M. Medical and social characteristics of children with atopical dermatitis. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2020; (3): 1–15. <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2020-00056> (in Russian)
14. Yangutova M.M., Balkhanov B.S., Sul'timov B.M. The role of educational work in forming in parents a motivation to preservation of healthy child's health (on an example of primary prevention of atopical dermatitis in children of early age). *Acta Biomedica Scientifica*. 2009; (2): 94–6. (in Russian)
15. Muzzolon M., Imoto R.R., Canato M., Abagge K.T., de Carvalho V.O. Educational intervention and atopical dermatitis: impact on quality of life and treatment. *Asia Pac. Allergy*. 2021; 11(2): e21. <https://doi.org/10.5415/apallergy.2021.11.e21>
16. Gazibara T., Reljic V., Jankovic S., Peric J., Nikolic M., Maksimovic N. Quality of life in children with atopical dermatitis: A one-year prospective cohort study. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2021; 88(1): 65–9. [https://doi.org/10.25259/IJDVL\\_529\\_19](https://doi.org/10.25259/IJDVL_529_19)
17. Capozza K., Schwartz A. Does it work and is it safe? Parents' perspectives on adherence to medication for atopical dermatitis. *Pediatr. Dermatol.* 2020; 37(1): 58–61. <https://doi.org/10.1111/pde.13991>
18. Gore C., Johnson R.J., Caress A.L., Woodcock A., Custovic A. The information needs and preferred roles in treatment decision-making of parents caring for infants with atopical dermatitis: a qualitative study. *Allergy*. 2005; 60(7): 938–43. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2005.00776.x>
19. Beattie P.E., Lewis-Jones M.S. Parental knowledge of topical therapies in the treatment of childhood atopical dermatitis. *Clin. Exp. Dermatol.* 2003; 28(5): 549–53. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2003.01357.x>
20. Li H., Zhang Z., Zhang H., Guo Y., Yao Z. Update on the pathogenesis and therapy of atopical dermatitis. *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 2021; 61(3): 324–38. <https://doi.org/10.1007/s12016-021-08880-3>
21. Datta D., Sarkar R., Podder I. Parental stress and quality of life in chronic childhood dermatoses: a review. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2021; 14(9 Suppl. 1): 19–23.
22. Vittrup I., Droittcourt C., Andersen Y.M.F., Skov L., Egeberg A., Delevry D., et al. Family burden of hospital-managed pediatric atopical dermatitis: A nationwide registry-based study. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2022; 33(1): e13693. <https://doi.org/10.1111/pai.13693>
23. Marciniak J., Reich A., Szepletowski J.C. Quality of life of parents of children with atopical dermatitis. *Acta Derm. Venereol.* 2017; 97(6): 711–4. <https://doi.org/10.2340/00015555-2633>
24. Dvoryankova E.V., Shevchenko N.A. Quality of life of children with atopical dermatitis and their parents. *Consilium Medicum. Dermatologiya*. 2018; (2): 20–3. [https://doi.org/10.26442/2414-3537\\_2018.2.20-23](https://doi.org/10.26442/2414-3537_2018.2.20-23) (in Russian)
25. Campos A.L.B., Araújo F.M., Santos M.A.L.D., Santos A.A.S.D., Pires C.A.A. Impact of atopical dermatitis on the quality of life of pediatric patients and their guardians. *Rev. Paul. Pediatr.* 2017; 35(1): 5–10. <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2017;35;1;00006>
26. Köse S.Ş., Akelma Z., Özmen S. Severity of disease and the quality of life indexes in infants with atopical dermatitis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2022; 50(3): 55–61. <https://doi.org/10.15586/aei.v50i3.556>
27. Hon K.L., Chu S., Leung A.K.C. Quality of life for children with allergic skin diseases. *Curr. Pediatr. Rev.* 2022; 18(3): 191–6. <https://doi.org/10.2174/1573396317666210901124211>
28. Sifaka V., Zioga A., Evrenoglou T., Mavridis D., Tsaouri S. Illness perceptions and quality of life in families with child with atopical dermatitis. *Allergol. Immunopathol. (Madr)*. 2020; 48(6): 603–11. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2020.03.003>
29. Sultanova A.O., Sur'yantinova T.I. Development of a correctional program aimed at optimizing family relations among children of primary school age suffering from atopical dermatitis. *Символ науки*. 2018; (12): 106–10. (in Russian)
30. Migacheva N.B., Zhestkov A.V., Kaganova T.I., Katkova L.I. Educational programs in the system of caring of patients with atopical dermatitis: who needs it? *Pediatriya im. G.N. Speranskogo*. 2018; (5): 151–8. <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-5-151-158> (in Russian)
31. Questionnaire for parents of children of early and preschool age with atopical dermatitis. Available at: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeJl30IPZPT6O4GuPFL1h6AFJKWo4Kehen2gh4HT-TrTqukCig/viewform>
32. Leont'ev A.A., ed. *The Formation of the Psychology of Activity: Early Works [Становление психологии деятельности: Ранние работы]*. Moscow: Smysl; 2003. (in Russian)
33. Karelin A.A., ed. *Psychological Tests [Психологические тесты]*. Moscow; 2000: 25–9. (in Russian)
34. Bodaev A.A., Stolín V.V. *General Psychodiagnostics [Общая психодиагностика]*. St. Petersburg: Rech'; 2000. (in Russian)

## Сведения об авторах:

**Свиридова Татьяна Васильевна**, канд. психол. наук, зав. лаб. специальной психологии и коррекционного обучения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [teenspsy@yandex.ru](mailto:teenspsy@yandex.ru); **Мурашкин Николай Николаевич**, доктор мед. наук, проф., руководитель НИИ детской дерматологии, зав. отд-нием дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [m\\_np2001@mail.ru](mailto:m_np2001@mail.ru); **Макарова Светлана Геннадиевна**, доктор мед. наук, руководитель Центра профилактической педиатрии, заместитель директора ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России по научной работе, [sm27@yandex.ru](mailto:sm27@yandex.ru); **Егоренкова Ольга Сергеевна**, педагог-психолог отд-ния специальной психологии и коррекционного обучения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [egorenkova@nczd.ru](mailto:egorenkova@nczd.ru); **Ершико Оксана Александровна**, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отдела профилактической педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [ksepya2005@inbox.ru](mailto:ksepya2005@inbox.ru)