

Организационно-методические принципы работы психолого-социальной службы в онкогематологическом отделении детской городской (областной, республиканской) больницы.

(на основании опыта работы психолого-социальной службы в отделении №14 Морозовской МДГКБ)

В структуре заболеваемости детей и подростков тяжелые наследственные и приобретенные болезни крови (гемофилия, гемолитические анемии, депрессии кроветворения, миелодисплазии) и онкологические заболевания (лейкозы, лимфомы, опухоли центральной и периферической нервной системы и другие солидные опухоли) составляют около 30 случаев в год на 100 тыс. детей и подростков, что в абсолютных цифрах равняется приблизительно 10 тыс. первично заболевших детей в год.

Внедрение современных технологий диагностики и лечения детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями в медицинскую практику и организация специализированной помощи детям с этими заболеваниями в стационарах гематологии/онкологии в многопрофильных детских республиканских, краевых, областных и крупных городских больницах вывело значительную часть этих болезней из категории фатальных в категорию излечиваемых. Так, выживаемость больных острым лимфобластным лейкозом достигла 75%, острым нелимфобластным лейкозом – 40%; злокачественными лимфомами – 80% и лимфомой Ходжкина – 95%, депрессиями кроветворения – 60%; опухолями ЦНС - до 35 - 60%.

Неспецифичность действия цитостатических препаратов и лучевой терапии приводит к поражению не только опухолевых клеток во время интенсивного лечения, но и здоровых тканей, что вызывает как ранние (на фоне лечения или непосредственно после него), так и поздние осложнения. Причем отдаленные последствия химиолучевого лечения могут впервые проявляться только через 4-20 лет после завершения лечения основного заболевания и приводить к повторной инвалидизации больных. Поэтому диспансерное наблюдение за данным контингентом больных должно быть значительно больше установленных 5 лет для своевременного выявления и коррекции возникающих осложнений.

С повышением показателей излечения онкологических заболеваний стало ясно, что одного только статистического определения излечения недостаточно. Поэтому особую важность приобретает проблема реабилитации детей как так и после его окончания. Следует учитывать, что процесс реабилитации начинается в период стационарного и амбулаторного

лечения ребенка, а окончание – должно происходить значительно позже восстановления физической работоспособности. Любое тяжелое заболевание, а онкологическое – особенно, влияет не только на физическое состояние пациента, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, меняет его место и роль в социальной жизни. Кроме того, следует учитывать, что больной ребенок крайне зависим от социального, психологического и экономического состояния своей семьи. Поэтому программа реабилитации в детской онкологии должна обязательно включать в себя психосоциальное и медикосоциальное сопровождение не только болеющего ребенка, но и членов его семьи – родителей, братьев и сестер.

Таким образом, есть все основания считать, что ребенок с онкологическим заболеванием и вся его семья находятся в трудной жизненной ситуации. Исследования показывают, что трудная жизненная ситуация и имеющееся заболевание отягощают друг друга, порождая так называемый «порочный круг» – т.е. решение «медицинских» проблем требует одновременного решения и имеющихся социальных проблем семьи. Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций психологов и социальных работников, что отрывает их от выполнения прямых обязанностей по лечению детей.

К сожалению, на сегодняшний день комплексная психосоциальная реабилитация этой группы практически отсутствует, и в стране отмечается устойчивая тенденция к росту неблагоприятных медико-социальных последствий онкологических заболеваний. Слабая социальная и психологическая защищенность больных детей неблагоприятно влияет на прогноз и ухудшает качество их жизни. В детских онкологических учреждениях практически нет специалистов социальной работы, клинических психологов и психотерапевтов, арттерапевтов, подготовленных для оказания помощи детям и их родителям.

Чем раньше и эффективнее будут организованы и проведены реабилитационные мероприятия, тем лучше могут быть решены основные задачи – увеличение выживаемости, достижение максимально возможного качества жизни, социальная и психологическая реабилитация и интеграция детей в общественную жизнь.

Все вышеизложенное обосновывает необходимость организации в детской онкологической клинике Психолого-социальной службы, основной целью работы которой является психолого-социальная реабилитация и адаптация больных детей и ухаживающих родителей на госпитальном этапе.

Функциональные задачи деятельности социального работника:

I. При поступлении ребенка в отделение социальный работник должен

ознакомить ребенка и его семью с отделением, с режимом дня, распорядком занятий, правилами для детей и родителей, деятельностью отделения.

II. Изучение социально-психологической ситуации, касающейся семьи и ребенка (сбор информации о социальном, психологическом, финансовом состоянии семьи) и планирование действий, направленных на разрешение проблем; правовая поддержка и сопровождение.

III. Составление и пополнение компьютерной базы данных. Создание базы информационных ресурсов. Предоставление отчёта по результатам работы за месяц заведующему отделением.

IV. Консультирование персонала о социально-психологической ситуации ребенка, о его семье и о том, как ребенок воспринимает свое пребывание в отделении.

V. Установление связей с учреждениями социальной защиты, образовательными и другими ведомствами, организациями III сектора.

VI. Информирование родителей о существующих социальных службах и их возможностях в оказании помощи, в том числе и материальной.

VII. Пропаганда здорового образа жизни как средства профилактики болезней.

Функциональные задачи психолого-педагогической персонала:

Психологи находятся в отделении и осуществляют следующие виды психологической и психотерапевтической помощи:

- диагностика психоэмоциональных и личностных проблем детей и ухаживающих родителей;
- индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа с детьми и родителями;
- семейное консультирование;
- коррекция неадекватных установок родителей в отношении болезни и перспектив лечения ребенка и профилактика родительских отказов от лечения;
- психологическая поддержка в связи с операциями/ампутациями;
- участие в лечении болевого синдрома;
- работа со страхами;
- работа по коррекции детско-родительских и детско-детских отношений.

Программа психолого-педагогической реабилитации использует творческие занятия для детей (арт-терапия).

Задача арт-терапии - включить больных детей в нормальную жизнь через творческий поиск, самовыражение. Арт-терапия помогает детям отвлечься от болезненных медицинских процедур, поддерживают интерес к

жизни, помогают врачам и психологам понять внутреннее состояние и эмоциональный настрой ребенка.

Во время рисования, лепки, выполнения аппликаций ребенок учится организовывать свое время, доводить начатое дело до конца, выполнять его, как можно, лучше, формируется стремление узнавать новое, целенаправленно и организованно работать. Во время занятий изобразительной деятельностью арт-терапевт помогает ребенку расширить представления об окружающем мире, природе, людях, различных событиях общественной жизни, что, в конечном счете, способствует социальной адаптации.

Для этого в больнице необходимо организовать:

- кружки детского творчества (лепка, оригами, рисование и т.д.);
- организация праздников, концертов, творческих вечеров (в том числе с привлечением бывших пациентов онкогематологических клиник, находящихся в длительной ремиссии).

Очень хорошим психо- и арттерапевтическим методом работы с больными детьми является куклотерапия. Куклотерапия предназначена для психологической коррекции поведения тяжело больных детей, снижения стрессов, формирования мотивации к лечению. С помощью куклы кукловод оказывает эмоциональную поддержку ребенку, что очень важно при проведении химиотерапии.

Учитывая объем и сложность задач психологосоциальной службы штат службы в расчете на стандартное (30 - 40 коек) онкогематологическое отделение с дневным стационаром должен включать:

- специалист социальной работы (с высшим образованием) – 1,0 ставка
- клинический психолог – 2,0 ставки
- специалист по арт-терапии – 2,0 ставки
- социальный педагог – 1,0 ставка.

Заключение.

Внедрение психолого-социальной службы в отделение онкогематологии создает условия для эффективной реабилитации и повышения качества жизни детей с заболеваниями данного профиля и их семей.