

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В БОЛЬНИЦЕ

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И
ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Ю.В.МАЛОВА, Н.Ю.ФЕДУНИНА*

В статье ставится вопрос о введении новой специализации в практической психологии – специальности по организации жизни ребенка в больнице. Подчеркивается, что дети, переживающие болезнь и вынужденные порой весьма длительное время оставаться в больнице, не перестают быть детьми. Значит, необходимо не только помочь им восстановить здоровье, но и создать условия для нормального роста и развития. Рассматривается опыт других стран, где уже давно есть лицензированные специалисты в этой области, утверждены образовательные программы, созданы системы супервизорской поддержки и повышения квалификации.

1. Специалист по организации жизни ребенка в больнице, или «несуществующая» профессия

Портрет «несуществующей профессии»

Около 30 лет назад профессия психолога была достаточно редкой. Сегодня психологам нового поколения, при нынешнем изобилии психологических факультетов и рабочих мест, уже трудно представить себе то «доисторическое», вернее, «допсихологическое» время. Возмож-

* **Федунина** Наталья Юрьевна – к.психол.н., психолог-консультант Социального центра «Развитие».

Малова Юлия Владимировна - к.психол.н., психолог, российский научный центр рентгенорадиологии

но, лет через тридцать *специалисты по организации жизни (СОЖ)* ребенка в больнице будут со столь же искренним изумлением читать, что в начале века (то есть сейчас) их профессия относилась к числу несуществующих. Впрочем, не существующих – только у нас, в России. В США, Канаде уже давно есть лицензированные специалисты по организации жизни ребенка в больнице, утвержденные образовательные программы, система супервизорской поддержки, повышения квалификации и возможность получения научной степени по данной специальности.

Ключевой для этой профессии, по-видимому, можно считать мысль, звучащую практически на всех соответствующих сайтах и статьях: ребенок, переживающий болезнь, не перестает оставаться ребенком. А это значит, что ему необходимо помогать справляться со стрессами госпитализации, с тем психологическим ущербом, который причиняет ему болезнь, но главное – создавать условия для его нормального роста и развития. Первая ассоциация специалистов в области организации жизни ребенка в больнице была создана в США в 1966г., и достаточно быстро выяснилось, что программы, реализуемые СОЖ, не только полезны, но и выгодны. Они способствуют снижению времени и сил, обычно затрачиваемых на формирование мотивации к лечению, на борьбу с депрессивными реакциями, а также на конфликты детей с родителями и родителей – с медперсоналом, не говоря уже о более быстром восстановлении детского здоровья между курсами лечения, повышении удовлетворенности лечением и возрастании статуса больницы (Thompson, 1981). Так что, не столь уж удивительны результаты исследования 1999г., проведенного в 112 клиниках и показавшего, что 97% из них привлекают к работе специалистов по организации жизни ребенка в больнице, а по данным 2005г., насчитывается уже около 470 программ ОЖ. Более того, в некоторых штатах постановления о работе данной службы закреплены на законодательном уровне. Наличие такого рода служб считается необходимым условием *качества системы услуг в детском здравоохранении*. На 15-20 пациентов полагается 1 специалист в области организации жизни, работающий полный рабочий день.

Последние 15 лет наблюдается стремительный рост этих программ, что может быть связано, в частности, со сменой парадигмы, смещением акцента с проблематики преодоления болезни – на «позитивный» аспект профилактики. Центральными стали вопросы о ресурсах, здоровье, способности человека справляться со сложными жизненными ситуациями (Caldwell, 2005). И в связи с этим стало особенно очевидно, что общая организация жизни занимает в этих процессах не последнее место.

Данная статья посвящена описанию существующих СОЖ, анализу ситуации в российских больницах и выявлению перспектив создания если не профессии, то продуманной и эффективной системы организации жизни ребенка в больнице.

Немного истории

В 1922г. в Mott Children's Hospital (Мичиган) были созданы первые игровые программы для детей. В 1929г. подобные нововведения появились и в одной из больниц Нью-Йорка, а в 1936г. и в детской больнице Монреаля (Канада). К 1949г. в Северной Америке действовали уже 9 таких программ.

В 1955г. Эмме Планк предложили разработать целостную программу, отвечающую социальным, эмоциональным и образовательным нуждам детей, находящихся на длительном лечении в больнице, для Cleveland City Hospital. А в 1962г. по материалам этой работы автор опубликовала книгу «Работа с детьми в больнице» (*Working with Children in Hospitals*).

В 1965г. инициативная группа специалистов, занимавшихся организацией жизни ребенка в больнице, собралась в Бостоне. Было решено создать междисциплинарную организацию. Так появилась Ассоциация благополучия госпитализированных детей и их семей (*Association for the Well Being of Hospitalized Children and Their Families*) (1966), которая чуть позже была переименована в Ассоциацию заботы о детях в больнице (*Association for the Care of Children in Hospitals* – АСЧН, 1967), а в 1979г. – в Ассоциацию защиты здоровья ребенка (*Association for the Care of Children's Health*). Туда входили врачи, медицинские сестры, специалисты по организации жизни ребенка в больнице, представители других профессий в области охраны здоровья, а также родители.

В 1970-е гг. активно разрабатывались теоретические основания, ключевые положения профессиональной практики и требования к образовательным программам (включающим интернатуру в больнице). В 1974г. был создан комитет по организации жизни ребенка в рамках Ассоциации защиты здоровья ребенка, а в 1978г. сформирована группа по разработке профессиональных стандартов и аккредитации.

В 1982г. создается Совет ОЖ (*Child Life Council*). Активно велись эмпирические исследования. В 1986г. была введена система профессиональной сертификации путем аккредитации (аттестации). В 1987г. была сформирована канадская ассоциация специалистов по организации жизни детей (*Canadian Association of Child Life Directors*, в 1996г. переименована в *Canadian Association of Child Life Leaders*). С 1998г. сертификация стала осуществляться в форме экзамена. Сегодня специа-

листы в области ОЖ работают как в традиционных больничных условиях, так и в рамках хосписных программ, лагерей, ранней помощи, а также частной практики.

Функции специалиста по организации жизни ребенка в больнице

Специалисты в области организации жизни ребенка в больнице наделены целым рядом различных функций. Каждая из них детально разработана на уровне как самой практики, так и эмпирических исследований (в основном в рамках сравнения разных программ, разрабатывающих конкретные аспекты реализации данных функций). Рассмотрим вкратце основные функции и связанные с ними формы работы.

Подготовка ребенка к госпитализации и медицинским процедурам

Еще в 1965г. Vernon и коллеги опубликовали книгу «Психологические реакции детей на госпитализацию и болезнь» (*Psychological Responses of Children to Hospitalization and Illness*), в которой изложили программу подготовки ребенка к госпитализации. В 1972г. Madeline Petrillo и Sirgay Sanger в работе «Эмоциональная поддержка детей в больнице» (*Emotional Care of Hospitalized Children*) привели детальное руководство по подготовке детей разных возрастов к диагностическим и хирургическим процедурам. Visintainer и Wolfer (1975) показали успешность сочетания двух факторов – информирования (описание жизни в больнице, последовательности событий оформления, действий персонала, ожидаемого поведения со стороны пациента и родителей) и поддерживающих отношений (между медсестрами, ребенком и родителем) – как условий, способствующих снижению тревоги у детей-пациентов и их родственников. К концу 80-х было показано, что эффективная подготовка должна включать не только информирование и моделирование, но и обучение навыкам совладания с состояниями беспокойства и страха, вовлечение родителей в предоперационную подготовку, поступательное повышение уровня их знаний (*Justus et al.*, 2006).

И зарубежные и отечественные специалисты подтверждают факты снижения настроения у детей в начальный период госпитализации, проявления поведенческой регрессии, учащающихся отказов от лечения, повышенной конфликтности накануне или во время медицинских процедур. В качестве причин психологической дезадаптации у детей называют недостаточную информированность ребенка о болезни и отсутствие концепции болезни (см.: Янко, Потанина – <http://hpsy.ru/public/x2625.htm>). Неслучаен интерес СОЖ именно к этим факторам.

Предварительная, предгоспитальная ориентация и информация

Получение точной информации о предстоящем лечении и подготовке к госпитализации часто являются важным шагом в снижении тревоги. Во время предваряющей госпитализацию диагностики семье предоставляется Информационный пакет. Кроме того, ей предлагается посетить вводную встречу-экскурсию по больнице (знакомство с отделением, персоналом, режимом жизни и пр.). На основании информации о болезни ребенка, полученной от родителей и благодаря экспресс-диагностике, ребенку рассказывается о разных местах больницы с использованием фотографий и медицинской игры.

Встреча ребенка в больнице

Для снижения стресса и тревоги, связанных с вхождением ребенка в больничную среду, существуют программы встречи детей и их родных в Медицинском Центре и отделении, вооруженные специально подготовленными информационно-развлекательными наборами³⁸.

Информационная поддержка призвана снизить чувства неопределенности и непредсказуемости в ситуации, в которой ребенок остро ощущает свое бессилие, беспомощность, потерю чувства контроля и непрерывности жизни. Информирова детей и родителей, специалист по организации жизни ребенка предоставляет не только точные описания, но и возможность для ребенка исследовать оборудование, понять принципы его работы. СОЖ может также присутствовать во время медицинских процедур, помогая ребенку справляться со страхами и болью, а также, являя собой желаемую модель поведения, повышать способность родителя поддерживать ребенка, оставаться спокойным и чутким.

Программы организации жизни ребенка в условиях клиники

Игра (медицинская, терапевтическая, развивающая)

В 1922г. программы организации жизни ребенка в больнице начинались с игры. Игра и сегодня выступает в качестве одной из ключевых составляющих указанных программ, рассматривается как первостепенное средство совладания ребенка со стрессовыми ситуациями. Преображая больничное пространство, программы организации жизни ребен-

³⁸ Существует огромное разнообразие самых разных материалов для детей (и их родителей), в соответствующей возрасту форме подготавливающих к предстоящим переменам и знакомящих с новыми ситуациями и возможными переживаниями. Сюда относятся книги, раскраски, буклеты, посвященные разным аспектам объективной больничной реальности (о врачах, медицинских приборах, обследованиях) и субъективным переживаниям (возможные аффекты, связанные с лечебными процедурами).

ка создают возможности игры практически везде: в стационаре, приемном отделении, отделении неотложной помощи, интенсивной терапии и пр. Считается, что вовлечение ребенка в соответствующую возрасту игру и чтение помогают снизить тревогу и служат профилактикой возможных нарушений и затруднений его психического развития вследствие пребывания в больнице. Наблюдение за игрой может иметь и диагностическую ценность, проясняя субъективную картину того, как ребенок понимает происходящее с ним. Помогая пациенту справиться с болезненными процедурами, специалист часто использует *медицинскую* игру, предполагающую недирективное «исследование» медицинского оборудования и инструментов, *ролевою* игру, в которой проигрываются предстоящие в ходе лечения ситуации, *терапевтическую* и *развивающую* игру, где медицинские материалы (бинты, шприцы и т.д.) используются в создании творческих объектов. Помимо СОЖ, проведением игры могут заниматься *игровые терапевты*.

Развлечение и отвлечение

Подобного рода деятельность чаще всего и ассоциируется у других представителей системы здравоохранения с ролью СОЖ. К формам реализации этой функции относится, в частности, организация в рамках больничной жизни праздников, интересных встреч и мероприятий. В конце 1970-х, когда немедицинские терапевтические программы были относительно новы, обзор игровых программ в больницах Северной Америки выявил два их типа: первые были направлены, в основном, на развлечения, что касается вторых, то они фокусировались на комплексном подходе к психологическим, социальным и интеллектуальным нуждам ребенка в больнице (*Ricks, Faubert, 1981*). Таким образом, программы, выделяющие именно вторую функцию как основную, тоже имели хождение в те, уже давние, времена.

Организация больничной среды

Данный аспект деятельности предполагает улучшение больничной обстановки, продумывание элементов среды, которые бы способствовали видам активности, свойственным возрасту юных пациентов. Программа СОЖ не просто разворачивается в самом пространстве жизни ребенка в больнице, но и направлена на формирование этой среды. Так, например, большинство занятий в игровой комнате адаптированы к постельному режиму. Все комнаты приспособлены для этого, имеют видео- и стерео-аппаратуру и другие средовые особенности анимации.

***Снижение дистресса, тревоги и страха,
вызванных госпитализацией и болезнью***

Программы жизни ребенка в больнице традиционно включают теорию и техники снижения дистресса, повышения адаптации, профилактики дальнейших расстройств (Wolfer *et al.*, 1988). Их основу составляет теория развития, теория стресса и совладания с критической ситуацией. Для большей эффективности программа должна вступать в действие как можно раньше, быть непрерывной, учитывать возрастные и индивидуальные особенности детей в сочетании с медицинскими показаниями. Дети, участники программ, включающих моделирование, медицинскую игру, информирование, формирование навыков совладания, имели гораздо более низкий уровень тревоги, чем те, кто проходил только предоперационную или постоперационную программу.

Место специалиста в команде

Своей субъективно наиболее важной функцией специалисты в области организации жизни ребенка в больнице полагают принадлежность к лечащей команде. Помимо СОЖ, в нее входят врачи, медсестры, педагоги, психологи, социальные работники, рекреационные терапевты, ведущие разнообразные творческие мастерские и т.д.

Врачи и младший медицинский персонал. Врачи нередко воспринимают основную роль специалиста в области организации жизни ребенка в больнице как развлечение, анимацию, отвлечение (Cole, *et al.*, 2001) (частично это связано с основным методом, используемым ими в работе с детьми, – игрой). Однако подчас врач и сам улучшает минутку, чтобы поиграть с детьми (здесь может идти речь как о простой, так и о медицинской игре).

Педагоги. В некоторых случаях больницы сотрудничают с местными школами, учителя которых занимаются с детьми, находящимися на лечении в больнице. Иногда в больницах имеется собственный штат учителей. Активно внедряется дистанционное обучение. Учителя являются частью команды и имеют возможность участвовать в семинарах, конференциях, обсуждениях и даже обходах.

Психологи. Психолог – один из членов психосоциальной программы наряду с психиатрами и социальными работниками. В его функции входит диагностика, индивидуальная, семейная и групповая терапия, консультирование родителей, образовательные программы для родите-

лей и членов лечащей команды, посвященные вопросам психического здоровья и психологическим аспектам лечения юных пациентов.

Социальные работники. Если психолог не входит в штат больницы, его функции выполняет социальный работник, имеющий навыки консультирования и психотерапии. Он помогает разобраться с вопросами, возникающими в связи с болезнью ребенка, и обеспечивает психосоциальную оценку сильных сторон и потребностей семьи, краткосрочное консультирование (в отношении болезни, принятия решений, «горева-ния»), кризисное вмешательство, эмоциональную поддержку, предоставление информации о диагнозе, поиск ресурсов, на которые можно опереться после больницы.

Рекреационный терапевт. Область возникла для реализации помощи людям, испытывающим трудности в организации досуга вследствие болезни, ограничений по здоровью и других обстоятельств. Основные цели рекреационной терапии – восстановление, реабилитация, повышение уровня функционирования и независимости, а также преодоление последствий болезни – предоставление восстановительных ресурсов и возможностей для улучшения здоровья и психосоциального состояния. Рекреационные терапевты используют досуговые формы активности для улучшения физических, познавательных и социально-психологических способностей человека.

Специалист по организации больничной жизни детей. СОЖ выступают членами команды, помогая оценить и разработать план лечения для пациентов, а также отвечая за вопросы, связанные с развитием ребенка, влиянием его болезни и госпитализации на самого пациента и на его близких.

СОЖ принимают участие в разработке развивающих программ для детей, содействуют интенсификации жизни ребенка, его развитию в медицинской среде. Болезнь и длительное пребывание в больнице могут вырывать этот период из целостного контекста жизни. Поэтому функция *поддержания непрерывности жизни* – одна из наиболее значимых задач для всех социально-психологических служб, особенно в периоды перехода – попадания в больницу и выписке.

Постоянно находясь в самом центре пространства больничной жизни ребенка и его родных, СОЖ активно вовлечены в информационную и эмоциональную поддержку. Они могут помочь более точному пониманию реакций ребенка и его родственников на лечение, в поиске путей

помощи им, а также в организации общения родителей со специалистами и между собой. В большой степени от них зависит и общая атмосфера в отделении – они поддерживают с пациентами доверительные отношения, выступают на стороне ребенка и его семьи как гаранты их прав.

Теория и практика

Уже само определение организации жизни ребенка в условиях больницы влияет на практику и понимание того, какой она должна быть (*Greenwood Paar, Lashua, 2004*).

Специалисты в области организации досуга в большей степени фокусируются на практической работе, нежели на разработке и осмыслении ее теории. Однако, как и в других областях, теория и в этом случае необходима для профессионального роста и повышения качества предоставляемых услуг (*Henderson, et al., 2004*). Интересно, что в США существует научная дисциплина под названием *leisure sciences*, что можно перевести как науку о досуге. Одним из ключевых вопросов этой дисциплины является проблема влияния досуга на совладание со стрессом (*Iwasaki, Mannell, 2000; Kleiber et al., 2002; Hutchinson et al., 2006; Iwasaki et al., 2006*). Более того, существует даже самостоятельное направление «досуговое терапевтическое консультирование» (*Leitner, 2005*).

Однако, как ни парадоксально это может показаться, наука о досуге не упоминается в числе теоретических оснований СОЖ. К последним, как правило, относят следующие психологические теории: развития, семейных систем, научения, игры, темперамента, совладания, привязанности, сепарации и утраты, организационных систем, групповой динамики³⁹. Таким образом, СОЖ имеет свои корни в некоторых областях психологии, педагогики и социологии. В то же время СОЖ отлича-

³⁹ Нет ее и среди прикладных областей, в которых СОЖ получает обучение (наблюдение и диагностика, сопровождение детей и семей, медицинская социология, общение и межличностные отношения, этика, детско-родительские и семейные отношения, культурные различия, экспрессивные формы вмешательства, работа с утратой, терапевтическая игра, кризисное вмешательство, развивающая и поддерживающая игра, влияние болезни на ребенка и семью, техники работы с детьми и семьями, супервизия, навыки консультирования, техники релаксации, совладание с болью, исследовательские и статистические методы, методы создания и оценки программы, поддерживающая среда).

ется выраженным полевым характером, акцентом на факторы подготовки ребенка и семьи к лечению, организации больничной среды, использования игры как одного из ведущих рабочих средств. Эта специальность «выкраивалась» функционально и, как мы уже можем понять, представляет собой довольно-таки эклектическое образование – «профессию», скорее, в изначальном толковании этого слова как «призвания», чем в современном – как системы, основанной на определенном теоретическом фундаменте и предполагающей особые взаимодействия между теорией и практикой.

2. Проблема организации жизни ребенка в больнице в европейских странах

Во Франции, как и во многих других европейских странах, нет отдельной специальности организации жизни ребенка в больнице, как это принято в США и Канаде. Предполагаемые данной специализацией функции распределены между разными специалистами. Однако суть этой деятельности остается той же, и продиктована она базисными требованиями современной педиатрии. Требования эти можно сформулировать следующим образом: оказание не только соматического лечения, но и минимизация стрессоров, связанных с лечением и госпитализацией (Turner, 2005); оптимально эффективное лечение при минимальных сопутствующих физических, когнитивных и психологических последствиях; учет возраста, социально-экономического положения и культурных особенностей юных пациентов (Oppenheim, 2007). Главный тезис: лечение не должно препятствовать *проживанию* своего возраста, нарушать экзистенциальную динамику развития ребенка. Важно помочь ребенку не терять веру в себя и своих родителей, не отставать от сверстников и не терять друзей, оставаться самим собой, сохраняя позитивный образ самого себя, своего тела, своего места в семье и обществе (D. Oppenheim, O. Hartmann, 2004).

Реализация этой цели предполагает компетентность лечащей команды, как в медицинском отношении, так и в самых разных сферах поддержки ребенка и семьи. Имеется в виду помощь в преодолении или, по крайней мере, снижении психической, финансовой, социальной дестабилизации, создании более или менее благоприятной среды их жизни. Наиболее распространенная форма не-медицинской помощи ребенку в больнице представлена игровыми терапевтами (не обязательно имеющими психотерапевтическое образование). Программы игровой терапии активно разрабатываются, начиная с 1960-х, по всему миру. Помимо игрового терапевта, частично выполняющего функции, свойствен-

ные специалисту по организации жизни ребенка в больнице, функционируют разные мастерские, один-два раза в неделю в отделение приходят клоуны, в некоторых больницах можно даже получить консультацию диетолога, а также специалиста по имиджу, стилиста, модельера. Можно выделить следующие основные направления работы системы не-медицинской помощи.

Информационная поддержка

Информирование родителей и ребенка (в устной и письменной форме) позволяет снизить тревогу и страх неизвестности, является необходимой предпосылкой установления доверительных отношений. В отделениях некоторых французских больниц созданы специальные информационные сектора, где собраны самые разные информационные материалы для ребенка и его родителей. Дежурный консультант помогает подобрать необходимые информационные буклеты (соответствующие возрасту и проблеме), а также найти необходимую информацию в Интернете.

Непрерывность обучения

Важным фактором признается сохранение непрерывности обучения ребенка. И не только с той целью, чтобы он не отстал от сверстников, но и для того, чтобы он не потерял уверенности в своем будущем.

Сохранение воображения, творчества и способности играть

Серьезность лечения, которое дети проходят, не препятствует тому, что они остаются детьми, что они любят и хотят играть (необходима специальная игровая комната для малышей и воспитатель, который бы присматривал за ними, и комната для подростков, где они могли бы собираться). Детям важно сохранять уверенность в себе, в своей способности понимать и принимать лечение и ситуацию, в которой они оказались, оставаясь при этом активными и творческими. Устойчивости такого настроения способствуют творческие мастерские.

Сохранение чувства идентичности, позитивного образа тела

Важно, чтобы ребенок сохранял чувство непрерывности своей идентичности, вбирая физические, психические, социальные изменения, вызванные болезнью. То же самое относится и к родителям. Болезнь нарушает, дестабилизирует образ тела, связана с изменением видения себя. Особенно часто негативные переживания в условиях пребывания в больнице наблюдаются у подростков, когда тревога по поводу того, как другие воспримут телесные изменения, связанные с болезнью, может приобретать навязчивый характер. Эти тревоги могут стать предметом обсуждения на встрече с психотерапевтом. Кроме того, важна помощь специалиста по имиджу, помогающего ребенку или подростку сохранить позитивный образ тела. Участие в этих программах препода-

вателей по аэробике, физической культуре, спорту, помогает ребенку почувствовать свою физическую компетентность и радость движения, несмотря на имеющиеся ограничения.

Сохранение отношений родитель-ребенок

Ситуация болезни влияет на всю семейную систему. Важно помочь родителям сохранить уверенность в своей родительской компетентности, помочь им признать свои возможности и ограничения, трудности, преодолеть страхи.

Понимание болезни

Ребенок, как и его родители, задается вопросом о причинах болезни: «Почему я, почему сейчас, кто виноват и пр.?». Эти вопросы направлены на осмысление болезни и себя в ней. Тяжело бывает принять, что виновных нет. Родители винят себя, врачей, экологию, недоброжелателей (сглазивших ребенка). Ребенок может думать, что болезнь возникла по его вине, что это наказание за плохие мысли, плохое поведение. Важно преодолеть эти магические концепции болезни, чтобы адаптироваться к ней, вписать этот печальный период в историю своей жизни.

3. Организация жизни ребенка в больнице: ситуация в России и перспективы

Было бы несправедливо утверждать, что досуг ребенка в детских больницах России не организуется вовсе. Нет. Педагоги, воспитатели, иногда психологи, клоуны, праздники и разнообразные мероприятия, проводимые благотворительными фондами, общение и занятия с волонтерами – все это есть и не может игнорироваться. Нашей задачей является не столько критика существующего положения вещей, сколько усилие понимания, какие функции реализует данная система, а до каких – руки не доходят, и какие нововведения необходимы.

Напомним функции СОЖ в американской системе: подготовка ребенка к госпитализации и медицинским процедурам, игра (медицинская, терапевтическая, развивающая), развлечение и отвлечение, организация больничной среды, снижение дистресса, связанного с госпитализацией и болезнью, содействие росту и развитию ребенка, поддержание непрерывности жизни; поддержка родственников ребенка (родителей, сиблингов, прародителей); СОЖ являются членами лечащей команды. Легко заметить, что в России структура дела совершенно иная. В России в центре не-медицинской работы с детьми в больнице оказываются обучение и отвлечение, развлечение (несмотря на свое несерьезное звучание, эта функция имеет колоссальное значение, и к ней нужно относиться уважительно). Большинство функций практически не

представлены (по крайней мере, в форме принятой и распространенной в широких кругах системы).

Анализ актуальной ситуации организации жизни ребенка в стационарных отделениях лечебных учреждений Москвы выявил ряд ключевых организационных моментов. Сегодня существует возможность официального государственного финансирования педагога детского отделения; преподавателей школьных дисциплин; воспитателей, осуществляющих в посильной форме непрерывность учебного процесса для детей, находящихся на длительном лечении; по желанию руководства (!), в пределах штатного расписания, в бюджетных лечебных учреждениях может вводиться ставка медицинского психолога.

Если рассматривать сложившуюся ситуацию с организацией жизни ребенка в стационарном лечебном учреждении как «вызов» психологии, то напрашивается ряд вопросов.

1. Какие звенья организации жизни ребенка являются психологически емкими?

2. Какие специалисты и на каких нормативно закрепленных должностях реально могут и должны осуществлять организацию жизни ребенка?

3. Какой объем знаний и навыков готова передать отечественная психология этим специалистам?

4. Где может осуществляться подготовка и повышение квалификации данных специалистов, и какие существуют возможности для развития образования в этой сфере?

1. К психологически емким звеньям, безусловно, относится выявление преморбидных и связанных с болезнью индивидуальных психологических характеристик ребенка, в том числе не только эмоционально-личностных, но и когнитивных; построение прогноза его психологических нужд и проблем, подбор адекватных психологически обоснованных компенсаторных средств. Выявление индивидуально-психологических особенностей значимых взрослых и взаимоотношений ребенка с ними (в динамике опыта заболевания и лечения). Консультирование семей болеющих детей и помощь им в подборе средств по организации жизни ребенка силами семьи. Помощь в прохождении «психологически чувствительных» этапов проживания болезни и лечения. Сюда относятся: диагноз; ознакомление с перспективами развития заболевания и ходом лечения; подготовка к неприятным и воспринимаемым как опасные медицинским вмешательствам, и главное – нежелательным изменениям во внешнем виде и возможностях (например, дви-

гательных). Здесь особенно важно наличие представлений о возрастных особенностях внутренней картины болезни и об индивидуально-психологических вариантах переживания болезни и лечения. Все планируемые для ребенка занятия должны оптимизироваться на основе психологической квалификации индивидуальной ситуации.

2. Развитие этой сферы деятельности при участии постоянно работающих педагогов и психологов (с соответствующим базовым высшим образованием) в ближайшее время вполне реально. При наличии супервизорской поддержки со стороны постоянно работающих СОЖ возможно также вовлечение волонтеров-аниматоров и руководителей творческих мастерских.

3. К значимым для СОЖ областям психологических знаний можно отнести возрастную психологию, психологию семьи, психосоматику, нейропсихологию, патопсихологию детского возраста; психологический вклад будет ценен в сфере формирования навыков компетентного общения, игротехники, арттерапии, символдрамы, психологического консультирования.

4. Подготовка специалистов может осуществляться педагогически и психологически факультетами вузов с дальнейшим специализированным послевузовским курсом, помогающим «укомплектовать» пакет знаний и навыков психологического профиля. Необходимо привлекать к разработке обучающих программ для СОЖ специалистов-психологов, имеющих опыт работы в детских соматических клиниках различного профиля.

Заключение

Последние 40 лет от педиатрического здравоохранения ожидают не только соматического лечения юных пациентов, но и минимизации стрессоров, связанных с лечением и госпитализацией. Общепризнанной становится важность качества жизни ребенка во время его пребывания в больнице (*Turner, 2005*)! Выделение этой деятельности в отдельную специальность происходит не везде. Во многих европейских странах функция ОЖ распределена между психологом, педагогом, воспитателем, социальным работником и др. Но суть дела при этом остается сохранной.

В самых разных формах накоплен богатейший опыт внедрения психосоциальных служб в детской больнице, опыт их включения в лечащую команду, разработки конкретных методов и принципов работы.

Учет этого опыта может помочь нам разработать действенную систему организации жизни ребенка в больницах нашей страны.

В практике отечественного здравоохранения постепенно развивается идея повышения качества жизни пациента. Возникают возможности лучшей организации жизни ребенка при длительном стационарном лечении. У психологии как области научно-практической деятельности появляется новая возможность создать научно-обоснованную систему подготовки эффективных специалистов в этой социально-значимой сфере.

ЛИТЕРАТУРА

- Янко Е.В., Потанина М.С.* О психологическом аспекте медико-социальной работы в детском онкологическом отделении.
<http://hpsy.ru/public/x2625.htm>
- Caldwell L.L.* Leisure and health: why is leisure therapeutic? // *British Journal of Guidance & Counselling*, Vol. 33, No. 1, February 2005.
- Cole W., Diener M., Wright C., Gaynard L.* Health Care Professionals' Perceptions of Child Life Specialists // *Children's health care*, 30(1), 1–15, 2001.
- Greenwood Paar M., Lashua B.D.* What is Leisure? The Perceptions of Recreation Practitioners and Others // *Leisure Sciences*, 26: 1–17, 2004.
- Henderson K.A., Persley J., Bialeschki M.D.* Theory in Recreation and Leisure Research: Reflections from the Editors // *Leisure Sciences*, 26: 411–425, 2004.
- Hutchinson S.L., Baldwin C.K., Sae-Sook Oh.* Adolescent Coping: Exploring Adolescents' Leisure-Based Responses to Stress // *Leisure Sciences*, 28: 115–131, 2006.
- Iwasaki Y., Mannell R.C.* Hierarchical Dimensions of Leisure Stress Coping // *Leisure Sciences*, 22: 163–181, 2000.
- Iwasaki Y., Mackay K.J., Mactavish J.B., Ristock J.* Bartlett Voices from the Margins: Stress, Active Living, and Leisure as a Contributor to Coping with Stress // *Leisure Sciences*, 28: 163–180, 2006.
- Justus R., Wyles D., Wilson J., Rode D., Walther V., Lim-Sulit N.* Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective // *Pediatric nursing*. January-February 2006 / Vol. 32 / No. 1.
- Kleiber D.A., Hutchinson S.L., Williams S.* Leisure as a Resource in Transcending Negative Life Events: Self-Protection, Self-Restoration, and Personal Transformation // *Leisure Sciences*, 24: 219–235, 2002.

- Leitner M.J.* The use of leisure counselling as a therapeutic technique // British Journal of Guidance & Counselling, Vol. 33, No. 1, February 2005.
- Oppenheim D., Hartmann O.* L' experience subjective traverse par un enfant traité pour cancer // Revue Francophone de Psycho-Oncologie (2003) #1-2: 11-16.
- Oppenheim D., Hartmann O.* Comment aider les enfants et les adolescents cancéreux // La revue du praticien. 2004: 54, p.355-357.
- Oppenheim D.* Aider l'enfant et sa famille à traverser l'épreuve du cancer // La revue du praticien, vol. 57, XX XXX 2007.
- Thompson R.H.* Showing them what you can do: a practical guide for evaluating child life programming // Children's health care. Summer 1981, Vol. 10, #1.
- Turner Joan C.* A Place for Attachment Theory in Child Life Programming: The Potential to Assess the Quality of Parent-child Relationships // Child & Youth Care Forum, 34(3), June 2005.
- Wolfer J., Gaynard L., Goldberger J., Landley L.N., Thompson R.* An experimental evaluation of a model child life program // Children's health care. Spring 1988, Vol. 16 n5.

Некоторые **сайты**, на которых можно найти информацию по программам организации жизни ребенка в больнице

<http://www.childlife.org>

http://www.childrenshospitaloakland.org/child_life/life_faq.asp

<http://www.med.nyu.edu/childlife/services.html>

<http://www.chnola.org/therapies.htm>

<http://www.childrens-specialized.org/InpatientPrograms.asp?id=266>

http://www.massgeneral.org/children/specialtiesandservices/child_life/default.aspx

<http://www.vanderbiltchildrens.com/interior.php?mid=204>

<http://mchfamilylibrary.ca/page.asp?intNodeID=9074>

http://www.musckids.com/news/child_life_presence.htm

<http://www.cheo.on.ca/english/7700.shtml>

<http://www.nahps.org.uk/>

<http://www.hospitalplay.org>

<http://www.each-for-sick-children.org>

<http://www.childreninhospital.ie>

<http://www.deti-life.ru/>

<http://hworld.ru/>

<http://deti.msk.ru/>

<http://hematolog.vinchi.ru/we/index.html>

<http://www.operationhope.ru/cd/22>

<http://www.donors.ru/page.php?id=10>

<http://www.childhospital.ru/>