

АО «Медицинский Университет Астана »

Психотерапевтическая
помощь ребенку в условиях
детского инфекционного
стационара.

Болезнь ребенка — большая беда для родителей или тех, кто за ребенком ухаживает. На личие у ребенка инфекционной патологии — еще большая травма для родителей и опекуна. В части случаев, когда болезнь требует госпитализации в стационаре, состояние психической напряженности родителей возрастает еще больше. Ребенок — развивающийся организм, и поэтому его реакция на заболевание зависит от многих факторов: от возраста, особенностей темперамента, предшествующих контактов с медицинскими работниками, реакции родителей на его болезнь и, конечно, от воспитания в предшествующий период. Эти и многие другие факторы в ряде случаев отдельно каждый или несколько вместе могут привести к серьезному срыву в нервной адаптации и психическом статусе ребенка. Кроме того, сама инфекционная интоксикация может привести к необычным реакциям при поражении нервной системы: менингизм, менингит, энцефалопатия, энцефалит и т.д. Естественно, что в этих условиях процесс контакта ребенка с врачом, медицинской сестрой может быть чрезвычайно сложным. Поэтому для преодоления трудностей контакта с ребенком и с родителями, врач прежде всего должен быть хорошо знаком с особенностями возрастного процесса формирования физического и психического статуса ребенка. Если есть

время и не требуется оказывать неотложную или реанимационную помощь ребенку, то врач при контакте с родителями или опекунами должен выяснить все, что известно о жизни и здоровье его маленького пациента. Желательно, кроме опроса родителей, проанализировать карту развития ребенка, если таковая на этот момент есть. Подчас на госпитализацию прибывает с ребенком не только один из родителей, а оба, могут прийти бабушка и дедушка, обеспокоенные болезнью ребенка. Это нужно воспринимать спокойно, и ни в коем случае не отправлять их сразу из кабинета, оставляя только мать. Прежде всего желательно спросить, кто из них более долго наблюдал за ребенком непосредственно накануне болезни и во время ее. Нередко это могут быть бабушка или дедушка, и поэтому их информация, возможно, более значима, чем самих родителей. Разговаривая с родственниками, врач обычно замечает их психологические особенности, и его задача — выбрать из них того, кто наиболее спокойно может доложить все, что связано с болезнью маленького пациента. Затем уже можно спросить у остальных, кто и что может добавить к сказанному. После этого можно попросить

«излишек» родственников уйти, но оставить с ребенком того, с кем он хочет остаться. Это обычно тот, кто с ним находился до болезни в более близком душевном контакте. Обычно это мать, но нередко отец, бабушка, дедушка. Нам приходилось видеть даже случаи, когда младшие дети хотят остаться со старшей сестрой или братом, как более авторитетны для них лицами. В этом нет ничего особенного. Это обычная житейская и бытовая привязанность, обусловленная организацией ухода, питания, игр и т.д. В части случаев бывают парадоксальные явления, когда мало бывающая с ребенком мать требуется ему в период болезни больше, чем тот, кто ухаживал за ним постоянно. Ребенок не желает терять контакт с матерью, которую он долго ожидал, и она для него в момент болезни неоценима.

Сам осмотр ребенка имеет массу сложностей как для врача, так и для ребенка, который видит в этом «опасность». Многие зависят от возраста ребенка, его особенностей, количества детей в семье, посещает или не посещает ребенок ясли, садик, школу, имел ли раньше контакт с медработниками и каков этот контакт был по эмоциональному воздействию. У детей первого года жизни и даже более старших возрастов мы часто прибегаем (если ребенок негативно относится к осмотру) к объективному обследованию «из-за спины» матери. Мать усаживают лицом к ребенку, а врач за ее спиной. Это меньше настораживает ребенка и, как правило, удается достаточно полно осмотреть его. С детьми постарше перед осмотром можно поговорить о совершенно посторонних по отношению к болезни вопросах: есть ли у него братики, сестрички; ходят ли они в садик; все ли дети хорошие; есть ли у него игрушки, книжки; чем «болела» любимая кукла, как ее лечили; хочет ли он в школу и т.п. Не нужно жалеть времени на такой контакт, который создает у ребенка атмосферу доверительности. Конечно, речь врача должна

быть четкой, ясной, тембр голоса доброжелательным, но надо избегать «сюсюканья» и не подражать детскому лепету. Ребенок лучше, чем мы думаем, воспринимает равноправие и быстро выявляет искренность. Доброта во многом составляет основу для контакта. Известно, что ребенок пугается неизвестности. Его пугает сама обстановка, и тем более маска на лице врача. Как инфекционисты мы понимаем значение профилактики. Но маска скрывает лицо, лишает ребенка эмоционального контакта, он не видит улыбки врача, плохо оценивает его речь. Если можно, и это будет не в ущерб ребенку, то ею можно и не пользоваться при некоторых заболеваниях (корь, краснуха, ветряная оспа, гепатиты, дизентерия и др.). Врач может после осмотра помыть лицо, прополоскать рот, очистить носовые ходы и т.д. Наличие же зрительного контакта помогает при обследовании. Врач нередко сталкивается с проблемой, когда с воспитательной целью в семье «пугают» врачами, медработниками: «Не будешь кушать, позовем врача, и он сделает тебе укол» и т.п.

Работать же врачу приходится в различных условиях. Часто ребе нок при контакте с врачом может заинтересоваться его вещами: сте тоскопом, молоточком, ручкой и т.д. Дайте на время ему поиграть, но скажите, что вы даете ему посмотреть, что это такое. В дальнейшем в своей работе со стетоскопом врач уже не наталкивается на негативное отношение ребенка. Осмотр детей нужно всегда производить в присутствии родите лей или медицинской сестры. Нужно помнить, что сами инфекции в силу свойственной им интоксикации, на фоне лихорадочного состоя ния изменяют восприятие окружающего (гиперэстезия, гиперракузия, светобоязнь и т.д.). Восприятие врача ребенком неоднозначное. Даже у детей, настроенных вначале на контакт с врачом негативно, в последу ющем ситуация сглаживается, контакт становится если не дружеским, то на уровне «дипломатических» отношений. С точки зрения детей бо

лее старшего возраста и их родителей, врачи бывают разные: обычные и вредные, веселые, странные, суровые, ученые, молодые, пожилые, «затюканные», «артисты», начальники и т.д. Это не классификация, это лишь эпитеты, оценивающие бросающиеся в глаза особенности. Больше всего уважают знающего врача. При благоприятном исходе болезни родители прощают многое, но бывают и последствия в виде жалоб, оскорблений и т.д. Госпитализация больных детей несет в себе серьезную психологическую травму для самого ребенка и его родственников. Раньше госпитализация матери для ухода за ребенком была возможна при возрасте его до года, да и то в случае грудного вскармливания. В настоящее время государством сняты ограничения по пребыванию родителей с ребенком до 5 лет, в ряде стационаров возможно оформление оплаты за некоторые расходы, связанные с пребыванием лиц по уходу за ребенком в более старшем возрасте. Пребывание в инфекционном стационаре несет в себе ряд особенностей, отличных от общесоматических больниц. Это выражается в виде одиночной боксовой изоляции или с минимальным количеством больных.

В инфекционной больнице желательно и эпидемиологически обосновано одномоментное заполнение палат. В этом случае происходит взаимное «притирание» больных детей. Нередко среди них формируется временный «лидер» — ребенок, обладающий способностью организовывать детей, делать их управляемыми. Однако при отсутствии влияния персонала может быть и другая ситуация — неуправляемость детей, если верх берет расторможенность и следующая за ней подражательность в поведении, что так характерно для ребенка. Формирование в палате «хорошего коллектива» облегчает работу врача и сестер, создает среди детей обстановку взаимопомощи и опеки. При длительном пребывании возникает феномен госпитализма. Особенно это заметно в детском коллективе. Изоляция, отрыв от родителей, близких людей, братьев и сестер, от садика проявляется признаками депрессии, удрученности. У малышей это выражается беспричинным плачем, а иногда злобным сопротивлением, необузданной беготней, разрушением окружающего, разбрасыванием предметов ухода, игрушек, пищи. Во многом это реакция на разрыв привычных свя

зей, особенно резко проявляется у неорганизованных детей. В таком случае рекомендуется расширение длительности контакта персонала с детьми, организация для них чтения (персоналом или детьми, умеющими читать) или в пределах возможного доступных и не противозаконных режимов игр. Все это, по сути своей, является вариантом оказания психотерапевтической помощи. Большую помощь в этом могут оказать студенты, работающие в отделении, курирующие больных детей. Мы лишним раз акцентируем внимание студентов на необходимости сгладить травматизацию психики ребенка, возникающую в связи с пребыванием в стационаре. Подбадривание ребенка, формирование в нем уверенности в своих силах нацеливает на скорейшее выздоровление, создает атмосферу доброжелательности и человеческой теплоты, оказывает санирующий эффект. Врач и медсестры не должны отдавать предпочтение одному из больных детей, тем не менее поставить в пример кого-то из них нужно, стимулируя положительные поведенческие реакции у других. Каждый день можно похвалить кого-нибудь из них, создавая обстановку покоя и справедливости. Больше всего ребенок не желает быть обиженным, обделенным вниманием. Самая большая награда для врача и сестры — это улыбка ребенка.

Ведь существует на града для взрослых в Польше «Орден улыбки», который дается в качестве награды за доброе отношение к детям. Психологи улыбку ребенка первых месяцев жизни склонны расценивать как защитную реакцию и желание вызвать доверие к себе. Некоторую сложность в обеспечении ухода создает сменяемость среднего и младшего персонала. Дети могут не понимать, почему кто-то уходит, а приходит другой, которого они не знают. Работа в детских инфекционных отделениях накладывает на персонал свой отпечаток. В оказании помощи детям есть две проблемы, которые особенно сложны и требуют постоянного внимания: дети без сознания и умирающие, дети ущербные (врожденные дефекты и приобретенная инвалидность). Конечно, дети, находящиеся в бессознательном состоянии и не реагирующие на речевой контакт, находятся в отделении реанимации, интенсивной терапии или в отдельных боксах. Их состояние не должно привлекать внимание других детей. Ребенок не должен видеть наступление смерти, так как он должен ощущать состояние своей вечности.

Своевременная диагностика тяжести, неблагоприятного прогрессирования болезни и перевод детей для интенсивного лечения не должны отражаться на качестве помощи остальным детям. Нельзя говорить о тяжести или безысходности болезни в присутствии больного, находящегося в бессознательном состоянии или его подобии, как это может быть при наличии общей миоплегии. Мы еще очень много не знаем о бессознательном состоянии. Разговоры в присутствии больного не исключаются и часто необходимы, но содержание их должно быть насыщено положительной для ребенка информацией. Все остальное, истинное, можно обсудить вне контакта с ребенком. Особо тяжела для врача встреча с родителями после смерти ребенка. Невосполнимость потери, ни с чем не сравнимое горе родителей заставляют врача без ответа выслушивать подчас и незаслуженные упреки родственников. Придет время, в большинстве случаев они поймут, что врач сделал все, что мог, но в горестные минуты врач не смеет оправдываться в том, в чем он не повинен. Предваряя такой исход, нужно своевременно предупреждать

родственников о грядущем неблагоприятном исходе (осложнении), и ни в коем случае не вселять в них неоправданной надежды. Особая забота — дети с ущербностью здоровья от рождения или дети-инвалиды (в основном после травм). Они также дороги роди телям, как и полноценные, даже, может быть, родители испытывают перед ними большее чувство вины. Приходилось часто удивляться той заботе, с которой родители выхаживают больных детей с глубокими по ражениями нервной системы. Госпитализация таких детей — это чрез вычайные трудности для персонала, особенно при наличии нескольких детей. Это бывает при возникновении патологии в специализирован ных детских домах, домах инвалидов и т.п. В этих случаях, если воз можно, желательно включение персонала специализированных учреж дений в работу инфекционного стационара на время госпитализации данного контингента.

Говоря об особенностях оказания помощи детям, мы не можем обойти стороной и отношения с родителями. Врач должен видеть в родителях и родственниках своих помощников в желании добиться успехов в диагностике болезни и лечении ребенка. Взаимоотношения врача и родителей должны быть доверительными, уважительными друг к другу. Нередко они перерастают в дружеские. Доброта отношений сохраняется на многие годы. Врач лечит детей, потом к нему обращаются их дети, иногда и внуки. Врач становится своеобразным «семейным» доктором.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!