

Семейно-ориентированный подход
в профессиональной деятельности
медицинского персонала
отделений реанимации
и интенсивной терапии:
многоцентровое анкетное
исследованиеA family-centered care
for the professional activities
of medical staff in pediatric ICU:
a multicenter questionnaire study

В.В. Лазарев^{1,*}, К.А. Вартамова², Е.Г. Тараканова²,
А.Л. Ключев³, М.В. Копытов⁴, Т.А. Загузова⁵,
И.Н. Рыжененкова⁶, Г.Ф. Насырова⁷, И.В. Самолина⁷,
И.Д. Панов⁸

V.V. Lazarev^{1,*}, K.A. Vartanova², E.G. Tarakanova²,
A.L. Klyuev³, M.V. Kopytov⁴, T.A. Zaguzova⁵,
I.N. Ryzhenenkova⁶, G.F. Nasyrova⁷, I.V. Samolina⁷,
I.D. Panov⁸

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва, Россия

² Благотворительный фонд развития паллиативной
помощи «Детский паллиатив», Москва, Россия

³ ФГБУН «Институт физической химии и электрохимии
имени А.Н. Фрумкина РАН» (ФГБУН ИФХЭ РАН), Москва,
Россия

⁴ ГУЗ «Республиканская детская клиническая больница
Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»,
Ижевск, Россия

⁵ ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая
больница», Тамбов, Россия

⁶ КГБУЗ «Артемовская детская больница», Артем, Россия

⁷ ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница
Министерства здравоохранения Республики Татарстан»,
Казань, Россия

⁸ ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая
больница № 2», Тюмень, Россия

¹ Pirogov Russia National Research Medical University (RNRMU),
Moscow, Russia

² The Charitable Foundation for the Development of Palliative Care
"Children's Palliative", Moscow, Russia

³ Frumkin Institute of Physical Chemistry and Electrochemistry RAS
(IPCE RAS), Moscow, Russia

⁴ Republican Children's Clinical Hospital of the Ministry of Health
of the Udmurt Republic, Izhevsk, Russia

⁵ Tambov Regional Children's Clinical Hospital, Tambov, Russia

⁶ Artyomovskaya Children's Hospital, Artyom, Russia

⁷ The Children's Republican Clinical Hospital of the Ministry
of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

⁸ Regional Clinical Hospital No. 2 of the Tyumen Region, Tyumen,
Russia

Реферат

АКТУАЛЬНОСТЬ: Медицинский персонал (медперсонал) часто ограничивает присутствие родителей с их детьми в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), мотивируя это тем, что родители могут привносить серьезные затруднения в работу отделения, создавать дополнительную психоэмоциональную нагрузку на персонал и пациентов. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Оценить социальные и психоэмоциональные аспекты совместного пребывания членов семьи (родителей) с пациентом (ребенком) в ОРИТ с позиции работающего в них медперсонала. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В исследование

Abstract

INTRODUCTION: Medical staff limits often the presence of parents in ICU with their children, citing the fact that parents can bring serious difficulties to the work of the department. **OBJECTIVE:** To evaluate social and psycho-emotional aspects of joint stay of a family member (parents) with a patient (child) in ICU from the viewpoint of the medical staff. **MATERIALS AND METHODS:** The study included hospitals, which followed the principles of a family centered care (FCC) approach in the treatment of patients (median and quartiles years — 4.00 (2.00; 10.00)). The 417 questionnaires were analyzed. The data were subjected to descriptive analysis.



были включены лечебные учреждения России 2-го и 3-го уровней, которые следовали принципам и идеологии семейно-ориентированного подхода в лечении пациентов (медиана и квартили — 4,00 [2,00–10,00]). Сбор сведений осуществлялся на основании анкет — 417 шт. Полученные данные были подвергнуты дескриптивному анализу. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Респонденты оценивали условия труда и уровень своей заработной платы в более чем 30 % ответов не выше удовлетворительного. В спектре оказываемой членами семьи помощи пациенту в ОРИТ медперсонал указал соответственно: 89 и 91,5 % — санитарно-гигиенический уход, 82 и 81,9 % — кормление пациента, 32 и 47,1 % — помощь медперсоналу в транспортировке и перемещении пациента. Уровень подготовки родителей к уходу за пациентом на этапе поступления его в ОРИТ составил: по оценке врачей — 3 (2–3), а при переводе пациента из ОРИТ — 4 (3–4), по оценке медсестер — 3 (2–3) и 3 (3–4) соответственно. Претензии, по мнению медперсонала, к оказываемой медицинской помощи со стороны пациентов и членов их семьи чаще были обусловлены недооценкой ими сложности ситуации с пациентом (врачи — 58 %, медсестры — 48,6 %), характерологическими особенностями пациентов (33 и 36,3 %) и их родителей (48 и 39,8 %), недостаточной осведомленностью о состоянии здоровья пациента (медсестры — 23,2 %). **ВЫВОДЫ:** Совместное пребывание родителей с детьми в ОРИТ не приносит значимых психоэмоциональных и трудовых нагрузок в профессиональной деятельности медперсонала и создает положительные условия для повышения уровня знаний и умений родителей в уходе за своими детьми.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ребенок, ОРИТ, семейно-ориентированный уход, медперсонал

* Для корреспонденции: Лазарев Владимир Викторович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; e-mail: 1dca@mail.ru

✉ Для цитирования: Лазарев В.В., Вартанова К.А., Тараканова Е.Г., Ключев А.Л., Копытов М.В., Загузова Т.А., Рыжененкова И.Н., Насырова Г.Ф., Самолина И.В., Панов И.Д. Семейно-ориентированный подход в профессиональной деятельности медицинского персонала отделений реанимации и интенсивной терапии: многоцентровое анкетное исследование. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2022;4:74–82. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-4-74-82>

✉ Поступила: 06.06.2022

✉ Принята к печати: 05.09.2022

✉ Дата онлайн-публикации: 28.10.2022

RESULTS: Respondents assessed the working conditions and the level of their wages not higher than satisfactory in more than 30 % of the answers. In the spectrum of assistance provided by family members to a patient in the ICU, the medical staff indicated 89 % and 91.5 % respectively sanitary and hygienic care, 82 % and 81.9 % — feeding him, 32 % and 47.1 % — assistance in transportation patient. The first level of preparation of parents for caring for a patient in the ICU was 3 (2; 3) — doctors and 3 (2; 3) — nurses, and when the patient was transferred from the ICU — 4 (3; 4) and 3 (3; 4) respectively. Claims in the opinion of the medical staff from patients and parents were due to their underestimation of the complexity of the situation with the patient (58 % and 48.6 %), the characteristics of patients (33 % and 36.3 %) and their parents (48 % and 39.8 %), insufficient awareness of the patient's health status (nurses — 23.2 %). **CONCLUSIONS:** The FCC in the ICU does not introduce significant psycho-emotional and labor loads in the professional activities of medical staff and creates positive conditions for increasing the level of knowledge and skills of parents in caring for their children.

KEYWORDS: child, ICU, family centered care, medical-staff

* For correspondence: Vladimir V. Lazarev — M.D., Ph.D., Professor, Chairman of Pediatric Anesthesiology and Intensive Care, Department of Pirogov Russia National Research Medical University, Moscow, Russia; e-mail: 1dca@mail.ru

✉ For citation: Lazarev V.V., Vartanova K.A., Tarakanova E.G., Klyuev A.L., Kopytov M.V., Zaguzova T.A., Ryzhenenkova I.N., Nasyrova G.F., Samolina I.V., Panov I.D. A family-centered care for the professional activities of medical staff in pediatric ICU: a multicenter questionnaire study. Annals of Critical Care. 2022;4:74–82. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-4-74-82>

✉ Received: 06.06.2022

✉ Accepted: 05.09.2022

✉ Published online: 28.10.2022

Введение

Потребность детей в присутствии родителей важна в повседневной жизни и особо значима при попадании ребенка в критическую ситуацию [1–3]. При нахождении ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) жизненно важно использовать все возможные ресурсы для восстановления благополучия и здоровья ребенка [3, 4]. При этом родители, находящиеся рядом с ребенком, являются одними из лучших помощников в оказании ему медицинской помощи [5, 6]. Кроме того, у родителей, присутствующих с детьми в ОРИТ, уменьшаются стресс, тревога и страх, неуверенность, так же как и у их детей [7].

Уход за ребенком в ОРИТ со стороны медперсонала, который определяет его центром своего внимания и заботы в рамках семейно-ориентированного подхода, выстраивается с позиции признания пациента как личности и части его семьи [8], уважения его потребностей (в частности, иметь рядом с собой в любое время родителя или другого близкого человека) [4, 9], его права на свои собственные решения [10].

Тем не менее медперсонал часто ограничивает или вообще не разрешает родителям присутствовать в ОРИТ [11, 12]. Повышенная тревожность, которую могут испытывать родители при нахождении с ребенком в ОРИТ, и страх перед тем, что переживает их ребенок, представляются как одна из причин для их разлучения [13, 14]. Среди медицинских работников существует мнение, что родители могут влиять на принятие ими решений в своей профессиональной деятельности [13]. Акцентируется вопрос нехватки персонала, места и/или времени, необходимых для проявления должного внимания родителям пациента [15]. Отсутствие у медперсонала опыта подобных ситуаций также может представляться как причина для отказа родителям в нахождении с ребенком при критической ситуации [13, 16].

Однако ряд исследований показывает, что присутствие родителей при устранении критической ситуации у их ребенка совместно с врачами и медсестрами приводит к повышению взаимного доверия, снижению тревожности и в дальнейшем — к большему вовлечению родителей в этот процесс [1, 14]. Для медперсонала и родителей это создает уверенность, что все возможное для оказания помощи ребенку было выполнено, ничего жизненно важного не упущено, моральные нормы соблюдены [14].

В практике отечественного здравоохранения подобные аспекты не изучались, роль и значимость совместного пребывания родителей с их детьми в ОРИТ с позиции работающего там медперсонала не оценивалась, что послужило мотивацией к выполнению данного исследования.

Цель исследования — оценить социальные и психоэмоциональные аспекты совместного пребывания членов семьи (родителей) с пациентом (ребенком) в ОРИТ с позиции работающего в них медперсонала.

Материалы и методы

В исследование привлекались лечебные учреждения, которые позиционировали свою приверженность принципам и идеологии семейно-ориентированного подхода в лечении пациентов. Продолжительность следования принципам семейно-ориентированного подхода в лечении пациентов, по заключению самих медицинских учреждений, составила от 1 года и более 10 лет — 4,00 (2,00–10,00) года. Все учреждения здравоохранения, включенные в исследование, были 2-го и 3-го уровней в системе отечественного здравоохранения. Медиана численности коечного фонда данных учреждений составила 448 единиц, в структуре которого 7,5 койки (медиана) приходилось на долю ОРИТ (табл. 1).

Оценка изучаемых показателей проводилась по анкетам за периоды: I (01.11.2020–31.12.2020), II (01.01.2021–28.02.2021), III (01.03.2021–30.04.2021), IV (01.05.2021–30.06.2021).

Структура анкет была выстроена таким образом, чтобы анketируемый мог выбрать на поставленный вопрос один наиболее соответствующий, по его мнению, ответ из нескольких предложенных. Оценки «неудовлетворительно» и «удовлетворительно» определялись как низкие характеристики и соответствовали уровню, ниже устанавливаемого респондентом по своему внутреннему убеждению для данного показателя. Соответственно, оценки «хорошо» и «отлично» определялись как высокие характеристики и соответствовали целевому уровню, устанавливаемому респондентом по своему внутреннему убеждению для данного показателя. Общее количество оформленных и проанализированных анкет составило 417 шт. Анкеты, которые имели неполное соответствие критериям включения или некорректности внесенных сведений, в статистическом анализе не учитывались.

Заполнение анкет медперсоналом производилось анонимно в период, свободный от исполнения своих служебных обязанностей. Респондентам было предоставлено информированное согласие, включающее информацию об исследовании, правилах конфиденциальности и контактные данные независимого эксперта по исследованию. После того, как респонденты давали информированное согласие, эксперт предоставлял для заполнения анкету. Респонденты сами могли выбрать время и место заполнения анкеты и способ ее передачи эксперту в формате анонимности.

Таблица 1. Характеристика лечебных учреждений**Table 1.** Characteristics of medical institutions

№ п/п	Город / субъект Российской Федерации	Лечебное учреждение	Уровень лечебного учреждения в системе здравоохранения Российской Федерации	Общий коечный фонд лечебного учреждения	Коечный фонд службы ОРИТ лечебного учреждения, принявшего участие в исследовании
1	Артем / Приморский край	КГБУЗ «Артемовская детская больница»	2	105	5
2	Ижевск / Удмуртская Республика	РДКБ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики	3	638	18
3	Калининград / Калининградская область	ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области»	3	387	9
4	Казань / Республика Татарстан	ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»	3	923	27
5	Петрозаводск / Республика Карелия	ГБУЗ Республики Карелия «Детская республиканская больница»	3	320	6
6	Тамбов / Тамбовская область	ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»	3	509	6
7	Тюмень / Тюменская область	ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 2»	3	925	73
8	Хабаровск / Хабаровский край	КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича»	3	344	6

Критерии включения в исследование

- Нахождение пациента (ребенка) в ОРИТ не менее 24 ч.
- Владение респондентом русским языком на уровне, позволяющем полно и ясно понимать поставленные в анкете вопросы.
- Исполнение профессиональных обязанностей в штате ОРИТ по трудовому договору не менее 1 мес.
- Соответствие категории медицинских работников штатного расписания ОРИТ.
- Добровольное согласие на участие в опросе.

Критерии невключения в исследование для пациентов и их законных представителей (родителей)

- Нахождение пациента (ребенка) в ОРИТ менее 24 ч.
- Невладение респондентом русским языком на уровне, позволяющем полно и ясно понимать поставленные в анкете вопросы.
- Исполнение профессиональных обязанностей в штате ОРИТ по трудовому договору менее 1 мес.
- Несоответствие категории медицинских работников штатного расписания ОРИТ.

- Отсутствие добровольного согласия на участие в опросе.

Положительное заключение на проведение исследования № 3 от 20.08.2020 было получено в рамках решения локального этического комитета Совета Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», г. Москва.

Статистическая обработка

Полученные данные были подвергнуты дескриптивному анализу с определением значений медианы и размаха квартилей — $Me (Q1-Q3)$, среднего и среднеквадратичного отклонения — $M \pm \sigma$, а также доли признака в количественном и процентном выражении.

Результаты исследования

При анализе мнения врачей (анестезиологов-реаниматологов) в рамках проведенного анкетирования были учтены сведения из 158 анкет, полученных из 8 городов (Артем, Ижевск, Казань, Калининград, Петрозаводск, Тамбов, Тюмень, Хабаровск) из общего числа принявших участие в исследовании (табл. П1. Приложения онлайн-версии статьи).

В оценке своей удовлетворенности местоположением ОРИТ в рамках лечебного учреждения и обеспеченностью его площадями (1.2) 17,3 % респондентов указали «неудовлетворительно» и 19,2 % — «удовлетворительно», несмотря на общую оценку «хорошо» — 4,00 (3,00–4,00). Также более 30 % ответов с оценкой не выше удовлетворительной были в характеристике количества и функционального предназначения помещений в ОРИТ, обеспеченности оборудованием и расходными материалами для диагностических, лечебных, санитарно-бытовых нужд, лекарствами, профессиональным инженерно-техническим персоналом в ОРИТ (2.2–6.2, 9.2). Среди врачей были указаны оценки «хорошо» и «отлично» на вопрос об обеспеченности ОРИТ соответственно 62,8 и 20,5 % врачебными кадрами, а также 50,6 и 20,5 % специалистами среднего медперсонала (7.2, 8.2).

Характеристика уровня собственной (14.2) и среднего медперсонала (15.2) заработной платы представлялась как удовлетворительная — 3 (3–4) и 3 (2–3) соответственно, т. е. ниже ожидаемого.

Свой профессиональный уровень (18.2, 19.2) и среднего медперсонала (20.2, 21.2) врачи характеризовали с преобладающими оценками «хорошо» и «отлично»: 4 (4–4) — 4 (4–5).

Культурно-образовательный уровень членов семьи пациента, с которыми приходилось контактировать врачам ОРИТ, был оценен последними в целом как «удовлетворительный» — 3 (2–4), причем среди опрошенных

22,9 % затруднились ответить на поставленный вопрос (22.2), а 12,4 % охарактеризовали его как «неудовлетворительный». Так же невысоко врачи оценили уровень ориентированности пациента (23.2) — 3 (2–4) и членов его семьи (24.2) — 3 (2–4) в состоянии здоровья первого.

Участие родителей (членов семьи) пациента в уходе за ним в ОРИТ была оценена врачами как «хорошая» — 4 (3–4). Уровень «хорошо» и «отлично» определили соответственно 42,2 и 14,9 % респондентов.

Врачи в большинстве случаев среди родственников, находившихся с детьми в ОРИТ, указывали мать (35 %), затем отца (20 %), бабушку (17 %) и опекунов (15 %) (рис. 1), а время нахождения родителей с пациентом для ухода за ним в течение суток (27.2) определяли в 12 ч — 12 (1–24).

В оценке врачебным сообществом характера оказываемой членами семьи помощи пациенту в ОРИТ (30.2) 89 % отметили санитарно-гигиенический уход (30.2a), 82 % — кормление пациента (30.2b), 32 % — помощь медперсоналу в транспортировке и перемещении пациента (30.2e). Кроме того, врачи указали на участие родителей в принятии решений по диагностическим и лечебным мероприятиям для пациента — 15 % (30.2g), в поиске и предоставлении необходимых для пациента лекарственных препаратов и оборудования в ОРИТ — 8 % (30.2h).

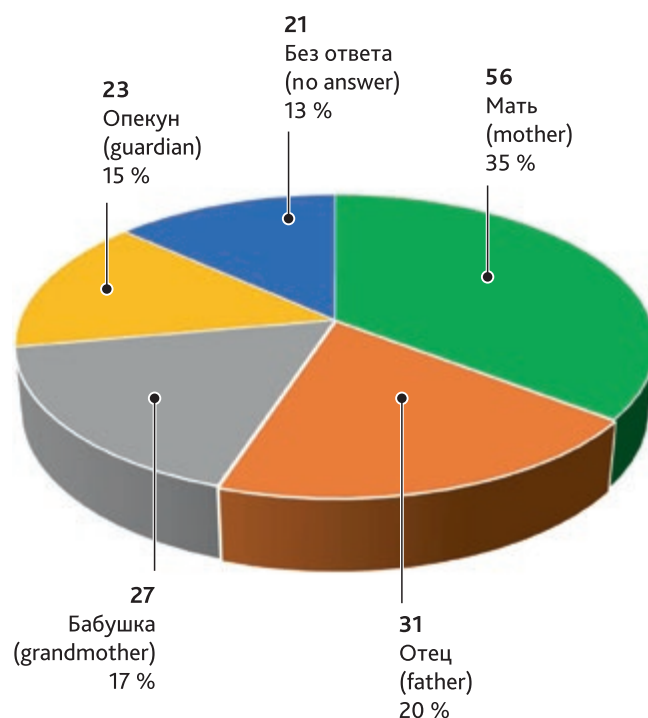


Рис. 1. Представитель пациента, посещающий его в ОРИТ и ухаживающий за ним, по данным опроса врачей (п. 26.2 табл. П1 Приложения онлайн-версии статьи)

Fig. 1. The patient's representative visiting and caring him in the ICU according to the survey of physicians (p. 26.2 in Appendix table P1 of the online version of the article)

Уровень подготовки родителей к уходу за пациентом в ОРИТ на этапе поступления его в отделение (31.2) был оценен врачами как «удовлетворительный» — 3 (2–3), а при переводе пациента из ОРИТ (32.2) — как «хороший», 4(3–4).

По мнению врачей, большинство претензий, описанных в анкете, к оказываемой медицинской помощи со стороны пациентов и членов их семьи были обусловлены недооценкой ими сложности ситуации с пациентом — 58 % (33.2a), характерологическими особенностями пациентов — 33 % (33.2b) и их родителей — 48 % (33.2c). В общем перечне претензий на уровень комфорта в ОРИТ и лечебном учреждении, по мнению врачей, приходилось 5 % (33.2g, 33.2h).

В ответах на вопрос о новациях, внедренных в работу ОРИТ по предложению членов семьи пациента, врачи чаще всего указывали на формат получения сведений о пациенте 33 % (34.2a), организацию допуска и нахождения с пациентом в палате ОРИТ 25 % (34.2b), участие представителя пациента в уходе за ним в ОРИТ 19 % (34.2c), организацию и формат обучения представителей пациента навыкам ухода за пациентом в ОРИТ 16 % (34.2d), организацию и формат оказания медико-психологической помощи представителям пациента при их нахождении в ОРИТ 14 % (34.2e).

Оценка анкетирования среднего медперсонала (медсестер) была выполнена на основе анализа 259 анкет, полученных из 8 городов (Артем, Ижевск, Казань, Калининград, Петрозаводск, Тамбов, Тюмень, Хабаровск) из общего числа принявших участие в исследовании (табл. П2 Приложения онлайн-версии статьи).

В оценке своей удовлетворенности местоположением ОРИТ в рамках лечебного учреждения и обеспеченностью его площадями (1.3) 6,2 % респондентов затруднились ответить, 12,4 % указали «неудовлетворительно» и 31,8 % — «удовлетворительно» при общей оценке «удовлетворительно» — 3,00 (3,00–4,00). Эта оценка оказалась ниже оценки, данной врачами (1.2) — 4,00 (3,00–4,00). С оценкой не выше «удовлетворительной» 50,8 % медсестер охарактеризовали количество и функциональное предназначение помещений в ОРИТ (2.3), обеспеченность расходными материалами для диагностических, лечебных, санитарно-бытовых нужд (4.3, 5.3). Эти же позиции были оценены врачами категориями «хорошо» (табл. П1 Приложения онлайн-версии статьи). Обеспеченность ОРИТ оборудованием (3.3), лекарствами (6.3), врачебными кадрами (7.3), специалистами среднего медперсонала (8.3), профессиональным инженерно-техническим персоналом (9.3) медсестры считали «хорошей» — 4 (3–4). Среди врачей на вопрос об обеспеченности ОРИТ врачами и медсестрами оценки «хорошо» и «отлично» составили более 70 % (7.2, 8.2, табл. П1 Приложения онлайн-версии статьи).

Характеристика уровня собственной (14.3) заработной платы представлялась медсестрами как «удовлетворительная» 3 (2–3), а врачебной (15.3) — ниже «удов-

летворительной» 2 (1–3). Следует отметить, что в отношении врачей 48,2 % респондентов выбрали среди всех вариантов ответов — «затрудняюсь ответить».

Свой профессиональный уровень (20.3, 21.3) и врачей (18.3, 19.3) средний медперсонал характеризовал как «хороший» 4 (4–5) — 4 (4–5).

Культурно-образовательный уровень членов семьи пациента (22.3), с которыми приходилось контактировать медсестрам ОРИТ, был оценен последними в целом как «удовлетворительный» — 3 (1–3). Среди опрошенных 29,5 % затруднились ответить на поставленный вопрос, 9,2 % охарактеризовали его как «неудовлетворительный» и 37,1 % — как «удовлетворительный». Так же невысоко респонденты оценили уровень ориентированности пациента (23.3) — 3 (2–4) и членов его семьи (24.3) — 3 (2–4) в состоянии здоровья первого.

Оценкой «удовлетворительно» 3 (3–4) охарактеризовали сотрудники среднего медперсонала (25.3) участие родителей (членов семьи) пациента в уходе за ним в ОРИТ. Это отличалось от оценки, представленной врачами (25.2), — «хорошо» 4 (3–4). Уровень «неудовлетворительно» и «удовлетворительно» определили соответственно 15,7 и 39,8 % респондентов.

По сведениям медсестер, среди родственников, находившихся с детьми в ОРИТ, были мать (29 %), отец (20 %), бабушка (19 %) и дедушка (5 %) (рис. 2.), а время

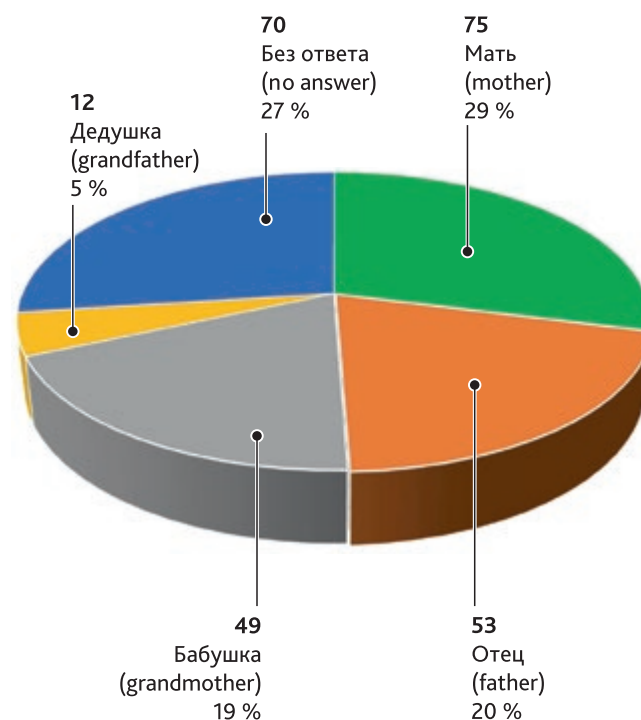


Рис. 2. Представитель пациента, посещающий его в ОРИТ и ухаживающий за ним, по данным опроса медсестер (п. 26.3 табл. П2 Приложения онлайн-версии статьи)

Fig. 2. The patient's representative visiting and caring him in the ICU according to the survey of nurses (p. 26.3 in Appendix table П2 of the online version of the article)

нахождения родителей со своим ребенком (пациентом) в ОРИТ для ухода за ним (27.3) составляло 6 ч 6 (1–24) на протяжении суток, и это отличалось от того, что указывали в своих ответах врачи — 12 (1–24).

В оценке средним медперсоналом характера оказываемой членами семьи помощи пациенту (30.3) в ОРИТ 91,5 % отметили санитарно-гигиенический уход (30.3a), 81,9 % — кормление пациента (30.3b), 47,1 % — помощь медперсоналу в транспортировке и перемещении пациента (30.3e). Среди респондентов 28,2 % указали на участие родителей в наблюдении за мониторами и иным оборудованием, подключенным к пациенту (30.3c), а также 26,3 % — в помощи среднему медперсоналу в выполнении врачебных лечебных назначений пациенту (30.3d), 10 % — в поиске и предоставлении необходимых для пациента лекарственных препаратов и оборудования в ОРИТ (30.3h).

Уровень подготовки родителей к уходу за пациентом в ОРИТ на этапе поступления его в отделение (31.3) и при переводе из ОРИТ (32.3), по оценке медсестер, оставался без изменений — «удовлетворительный» 3 (2–3) и 3 (3–4) соответственно. Однако если на этапе поступления больного в ОРИТ медсестры в 32,7 % случаев характеризовали навыки и знания родителей по уходу за ребенком как «неудовлетворительные» и лишь в 13,5 % случаев как «хорошие», то при переводе в профильное отделение эти оценки менялись: 11,2 % — «неудовлетворительно» и 43,9 % — «хорошо».

Претензии, по мнению среднего медперсонала, к оказываемой медицинской помощи со стороны пациентов и членов их семьи, из описанных в анкете, в большинстве случаев были обусловлены их недооценкой сложности ситуации с пациентом — 48,6 % (33.3a), характерологическими особенностями пациентов — 36,3 % (33.3b) и их родителей — 39,8 % (33.3c), недостаточной осведомленностью о состоянии здоровья пациента — 23,2 % (33.3f). В общем перечне претензий в отношении уровня комфорта в ОРИТ и лечебном учреждении медсестры отметили 11,2 и 4,2 % соответственно (33.3g, 33.3h), в то время как, по мнению врачей, это было в пределах 5 % (33.2g, 33.2h).

В ответах на вопрос о новациях, внедренных в работу ОРИТ по предложению членов семьи пациента, медсестры чаще всего указывали на формат получения сведений о пациенте 17,8 % (34.3a), организацию допуска и нахождения с пациентом в палате ОРИТ 28,6 % (34.3b), участие представителя пациента в уходе за ним в ОРИТ 24,3 % (34.3c), организацию и формат обучения представителей пациента навыкам ухода за пациентом в ОРИТ 22,8 % (34.3d), организацию и формат оказания медико-психологической помощи представителям пациента при их нахождении в ОРИТ 18,1 % (34.3e).

Обсуждение

Следование принципам семейно-ориентированного подхода в уходе за детьми в ОРИТ в целом, по данным анкетирования врачей и среднего медперсонала, характеризовалось положительно. В частности, несмотря на невысокие оценки условий труда в плане используемых помещений и материально-технического обеспечения, уровня заработной платы, которые потенциально являются негативными факторами в формировании отношения к дополнительным нагрузкам от присутствия родителей с детьми, опрошенные медицинские работники в большинстве случаев указывали на положительные аспекты взаимодействия с родственниками пациентов. В наблюдательном исследовании Mattson J. et al. (2013) отмечается, что работа медицинских сестер направлена в первую очередь на состояние здоровья ребенка, и при этом качество и объем ухода за ребенком со стороны медсестер могут быть неудовлетворительными [18]. В нашем исследовании мы получили положительные оценки со стороны как врачей, так и медицинских сестер по участию родителей в уходе за их детьми в ОРИТ, в повышении уровня их навыков и знаний в оказании помощи своему ребенку. Это несомненно имеет существенное значение, на что указывает в своем исследовании Dudley N. et al. (2015), отмечая, что родители могут интерпретировать сигналы ребенка и связывать медперсонал и детей. Когда родители не участвуют в уходе за ребенком, сигналы от него могут быть неправильно истолкованы или полностью пропущены медицинским персоналом [6]. На важную роль родителей в достижении качественного ухода за больным ребенком указывается и в других работах, описывающих, как медицинский персонал, имеющий предыдущий опыт участия родителей, более позитивно относится к вовлечению родителей к уходу за их детьми [1, 14]. Среди претензий от родителей и пациентов, с которыми приходилось сталкиваться медперсоналу, и врачи, и медицинские сестры в большинстве случаев указывали на недооценку сложности ситуации с пациентом, характерологические особенности пациентов и их родственников, что в определенной мере могло быть результатом недостаточного внимания к ним со стороны медперсонала, неспособности в полной мере и понятно донести требуемую информацию. Это может указывать на то, что медперсоналу необходимо обучаться общению с родителями в критических ситуациях и применять это на практике, разрабатывать и внедрять алгоритмы поведения и общения с пациентами, находящимися в ОАРИТ, и их родственниками [18].

Заключение

Семейно-ориентированный подход, предусматривающий совместное пребывание родителей с детьми в ОРИТ, не приносит значимых психомоциональных и трудовых нагрузок в профессиональной деятельности медперсонала этих отделений, но создает положительные условия для повышения уровня знаний и умений родителей в уходе за своими детьми, в оказании помощи сотрудникам отделения. Требуются дополнительные исследования узкотематической направленности по рассматриваемой проблеме для выявления сложившихся практик и тенденций ухода за пациентами в ОРИТ, разработки и внедрения новых алгоритмов взаимодействия медработников с пациентами и членами их семьи в аспекте повышения качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Доступность данных. Данные с результатами анкетирования доступны в Приложении по ссылке <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-4-74-82>

Data availability. The data that support the findings of this study are available as Appendix in <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-4-74-82>

Финансирование. Исследование выполнено при поддержке Фонда Президентских грантов Российской Федерации, Грант № 20-2-006267 от 08.07.2020.

ORCID авторов:

Лазарев В.В. — 0000-0001-8417-3555
Вартанова К.А. — 0000-0002-9861-3897
Тараканова Е.Г. — 0000-0002-4372-3175
Клюев А.Л. — 0000-0001-8594-6636
Копытов М.В. — 0000-0001-9995-2340

Funding. The research was carried out with the support of the Presidential Grants Fund of the Russia Federation, Grant 20-2-006267 dated 08.07.2020.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Все авторы в равной степени участвовали в разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи.

Author contribution. All authors according to the ICMJE criteria participated in the development of the concept of the article, obtaining and analyzing factual data, writing and editing the text of the article, checking and approving the text of the article.

Этическое утверждение. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом Совета Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», Москва (протокол № 3 от 20.08.2020).

Ethics approval. This study was approved by the local Ethical Committee of Council of the Charitable Foundation for the Development of Palliative Care “Children’s Palliative”, Moscow, Russia (reference number: 3–20.08.2020).

Загузова Т.А. — 0000-0002-2900-270X
Рыжененкова И.Н. — 0000-0002-9665-2104
Насырова Г.Ф. — 0000-0002-7426-9470
Самолина И.В. — 0000-0002-4507-2388
Панов И.Д. — 0000-0001-5954-3788

Литература/References

- [1] Twibell R., Siela D., Riwwit C., Neal A., Waters N. A qualitative study of factors in nurses and physicians decision-making related to family presence during resuscitation. Clin. Nurs. 2017; 27: 320–34. DOI: 10.1111/jocn.13948
- [2] Coats H., Bourget E., Starks H., et al. Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. Am J Crit. Care. 2018; 27: 52–8. DOI:10.4037/ajcc2018353
- [3] Ekman I., Swedberg K., Taft C., et al. Person-centered care — Ready for prime time. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2011; 10: 248–51. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- [4] UN Convention on the Rights of the Child. 1990. Available online: <https://www.regeringen.se/49b764/contentassets/8caae-abf49834f16aa52df2108837b2d/fns-konvention-om-barnets-rattigheter-so-199020> (accessed on January 15, 2021).
- [5] Fullbrook P., Latour J., Albarran J., et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of critical care nursing associations, European society of paediatric and neonatal intensive care and European society of cardiology council on cardiovascular nursing and allied professions joint position statement. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2007; 6: 255–8. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.07.003
- [6] Dudley N., Ackerman A., Brown M.K., Snow K.S. Patient- and Family Centred Care of Children in the Emergency Department. Off. J. Am. Acad. Pediatr. 2015; 135: e255–e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424
- [7] Maxton F. Parental presence during resuscitation in the PICU: The parents' experience. J. Clin. Nurs. 2008; 17: 3168–76. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x
- [8] American Academy of Pediatrics. Patient- and Family-centered Care and the Pediatrician's Role. Off. J. Am. Acad. Pediatr. 2012; 129: 394–404. DOI: 10.1542/peds.2011-3084
- [9] The National Board of Health and Welfare. Support for Patients and Parents' Support. 2019. Available online: <https://www.socialstyrelsen.se/>

- utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/stod-till-anhoriga/ (accessed on 16 January 2021).
- [10] Coyne I., Hallström I., Söderbäck M. Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *J. Child Health Care*. 2016; 20: 494–502. DOI: 10.1177/1367493516642744
 - [11] Dahav P., Sjöström-Strand A. Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: A qualitative study-like being in another world. *Scand. J. Caring Sci*. 2018; 32: 363–70. DOI: 10.1111/scs.12470
 - [12] Hung M.S.Y., Pang S.M.C. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J. Adv. Nurs*. 2011; 67: 56–67. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05441.x
 - [13] Meert K.L., Clark J., Eggly S. Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr. Clin. N. Am*. 2013; 60: 761–72. DOI: 10.1016/j.pcl.2013.02.011
 - [14] Al Mutair A. Should Family be Allowed during Resuscitation. *Resusc. Asp*. 2017; 4: 45–51. DOI: 10.5772/intechopen.70189
 - [15] Ellison S. Nurses' Attitudes Toward Family Presence during Resuscitative Efforts and Invasive Procedures. *JEN J. Emerg. Nurs*. 2003; 29: 515–94. DOI: 10.1016/j.jen.2003.10.001
 - [16] Waldemar A., Thylén I. Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A crosssectional study. *Int. Emerg. Nurs*. 2019; 42: 36–43. DOI: 10.1016/j.ienj.2018.05.009
 - [17] Mattson J., Forsner M., Castrén M., Arman M. Caring for children in pediatric intensive care units: An observation study focusing on nurses' concerns. *Nurs. Ethics*. 2013; 20: 528–38. DOI: 10.1177/0969733012466000
 - [18] Актуальные вопросы методологии «Открытая реанимация» (совместное пребывание ребенка с родителями в отделениях реанимации и интенсивной терапии): Методические рекомендации / Под ред. В.В. Лазарева, Н.Н. Савва, К.А. Вартаковой. М.: Проспект, 2018. [Topical issues of the methodology of "Open resuscitation" (joint stay of a child with parents in intensive care units and intensive care units): Methodological recommendations / Edited by Lazarev V.V., Savva N.N., Vartanova K.A. Moscow: Prospect, 2018. (In Russ)]