



НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ»  
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ  
«ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

# **РАЗРЕШИТЬ НЕЛЬЗЯ ЗАПРЕТИТЬ**

**Совместное пребывание родителей с детьми  
в отделениях реанимации и интенсивной терапии  
20 вопросов и ответов для медицинских сестер**

Москва  
2018

УДК 616-08

ББК 53.5

P17

**Авторы:**

*Вартанова К. А.*, канд. филолог. наук, директор Благотворительного фонда «Детский паллиатив»

*Орлова М.В.*, психолог, гештальт-терапевт, эксперт по эффективным клиническим коммуникациям консалтинговой группы BE WINNER;

*Александрович Ю.С.*, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПГПМУ» МЗ РФ, президент НКО «Ассоциация детских анестезиологов-реаниматологов» России;

*Вересов К.В.*, заведующий анестезиолого-реанимационным отделением ГБУЗ МО «Мытищинская ГКБ»;

*Закиров И.И.*, руководитель службы реанимации ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», главный внештатный детский специалист анестезиологии и реанимации МЗ РТ, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии Казанской государственной медицинской академии, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории;

*Лазарев В.В.*, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ;

*Степаненко С.М.*, д-р мед. наук, профессор кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, главный внештатный специалист детский анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ;

*Хамин И.Г.*, канд. мед. наук, доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ.

**P17      Разрешить нельзя запретить. Совместное пребывание родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. 20 вопросов и ответов для медицинских сестер.** — М.: Издательство «Проспект», 2018. — 44 с.

ISBN 978-5-98597-353-2

Пособие адресовано среднему медицинскому персоналу отделений реанимации и интенсивной терапии.

*Публикация разработана с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов*

УДК 616-08

ББК 53.5

ISBN 978-5-98597-353-2

© БФ «Детский паллиатив», 2018

© Коллектив авторов, 2018

© НКО «АДАР», 2018

## **ВВЕДЕНИЕ**

Тема совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии детских стационаров в последние годы начала терять свою первоначальную остроту, постепенно смещаясь из плоскости категоричного «можно» или «нельзя» в плоскость конструктивного обсуждения, поиска способов и вариантов решения накопившихся проблем. Да, пока еще рано говорить о том, что в нашей стране, в которой с 2011 г. законодательно закреплено право родителей находиться со своим ребенком в любом отделении детского стационарного учреждения<sup>1</sup>, полностью изменились традиционные «запретительные» подходы, сложившиеся в предыдущие десятилетия, — процесс трансформации всегда требует как времени, так и определенных усилий. Рано объявлять и о том, что существующие в российском здравоохранении принципы оказания помощи детям в ОРИТ соответствуют современным международным принципам, согласно которым пациент не может восприниматься просто как отдельно взятый организм, требующий лечения, а должен рассматриваться как личность, имеющая значимые для нее отношения с другими людьми.

Но перемены происходят, и это очевидно. В 2016 г. профессиональное сообщество детских анестезиологов и реаниматологов России однозначно сформулировало свою позицию: родители должны иметь возможность находиться рядом со своими больными детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии<sup>2</sup>. Во многих российских ОРИТ уже есть опыт успешного внедрения практики совместного пребывания родителей с детьми, подтверждающий известное утверждение: кто хочет, тот ищет возможности, кто не хочет — ищет причины. Полный запрет на доступ родителей к больному ребенку в отделение реанимации теперь уже большая редкость, но диапазон существующих «разрешительных» форматов включает по большей части различные по длитель-

---

<sup>1</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает право родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему помощи в стационарных условиях (ч. 3 ст. 51).

<sup>2</sup> Клинические рекомендации «Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)». М., 2016.

ности варианты посещения. Продолжается обсуждение самых разных аспектов, связанных с доступом в ОРИТ, и те аргументы, которые обычно приводятся противниками практики «открытой реанимации», — это, безусловно, индикаторы непроработанности конкретных практических вопросов, как организационных, так и этических, без ответа на которые вряд ли возможно изменить нынешнюю ситуацию с допуском родителей к ребенку в ОРИТ.

Опыт детских стационаров, которые практикуют неограниченный доступ членов семьи в отделения реанимации, показывает, что одним из самых сложных моментов при внедрении нового подхода было преодолеть явное или скрытое сопротивление медицинских сестер переменам, добиться их готовности принять и поддерживать эту практику. И в этом нет ничего удивительного: сама возможность переориентации любого отделения лечебного учреждения на семейно-ориентированный подход в огромной степени зависит от позиции (и в первую очередь человеческой позиции) тех, кто делает «погоду в доме», — от среднего медицинского персонала. Роль медицинских сестер, особенно в ОРИТ, очень многогранна и ответственна, причем степень этой ответственности равно высока и в выполнении ими своих профессиональных функций, и в общении с пациентами и их семьями. И безусловно, если говорить строго о доступе родственников в ОРИТ, то основная нагрузка, связанная с присутствием членов семей, ложится именно на медицинских сестер.

Небольшая брошюра, которую вы держите в руках, — результат множества встреч, дискуссий, споров, разговоров по душам с медицинскими сестрами отделений реанимации и интенсивной терапии разных российских детских стационаров. Споры не всегда были мирными, а разговоры — легкими, что вполне закономерно, потому что ломать привычные подходы, стереотипы, откатанные десятилетиями и укорененные в профессиональном сообществе формы и методы работы — процесс достаточно болезненный. Кроме того, ревизия собственных установок и ценностей требует усилий и времени, которого, в силу повсеместного дефицита кадров и повышенной интенсивности работы, хронически не хватает. Анализ вопросов и комментариев, которые чаще всего звучали в обсуждениях, а также результатов анкетирования медицинских сестер, проводимого на протяжении длительного времени, позволил выявить основные барьеры, сомнения и опасения,

связанные с присутствием родственников в ОРИТ. О них мы и хотим поговорить в этой книге в надежде на то, что предложенные советы и рекомендации помогут взглянуть на привычные ситуации с новых позиций, помогут задуматься о том, что и как можно делать для того, чтобы выстроить конструктивные отношения не только с коллегами, но и с пациентами и членами их семей, а в итоге сделать так, чтобы больные дети быстрее выздоравливали, чувствовали себя более спокойно и защищенно. Ведь именно это и является основной — профессиональной и человеческой — задачей всех, кто помогает ребенку в трудное для него время.

# ВОПРОСЫ МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

**1. Почему в дополнение к тому, что мы обязаны четко и грамотно выполнять свои профессиональные обязанности, от нас требуют еще и общаться с родителями? Общение с родителями не входит в наш функционал, нас не этому учили, пусть этим занимаются психологи, а медсестры не должны отвлекаться от своих функций и тратить время на разговоры.**

В структуре программ, по которым обучаются медицинские сестры в медицинских училищах, есть предмет, который называется «Медицинская деонтология». Напомним, что деонтология<sup>3</sup> — это та часть этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом. А медицинская деонтология — это комплекс соответствующих профессиональных, морально-этических и правовых норм и принципов, которым руководствуется медработник в своей повседневной деятельности, нацеленной на создание наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного. В рамках курса по деонтологии будущим медсестрам рассказывают, что ключевыми аспектами медицинской деонтологии являются:

- взаимоотношения медицинских работников и пациентов;
- взаимоотношения медицинских работников с родственниками пациента;
- взаимоотношения медицинских работников между собой.

Как видите, из вышеперечисленного однозначно следует, что коммуникации с родственниками пациентов на своем уровне — это часть профессиональных функций медсестры.

Очевидно, что единицей лечения, особенно в педиатрической службе, является не отдельный пациент, а вся семья, а значит, все медицинские работники, находящиеся в отделении, так или иначе взаимодействуют с родственниками пациентов. Кроме того, врачи по ряду вопросов, связанных с уходом за ребенком, направляют родителей именно к медсестрам. Можно ли в этих случаях уклоняться от общения или вообще его избегать?

---

<sup>3</sup> От греч. *déon* — должное и *logos* — учение; дословный перевод — учение о должном.

«Причиной практически всех конфликтных ситуаций и поводом для жалоб, а то и обращений в прокуратуру... является нежелание, а чаще неумение общаться, разговаривать с больными или их родственниками и близкими. Хочу тезисно поделиться результатами накопленного опыта личного общения за десятки лет работы в специальности (анестезиология-реанимация). Кому-то они могут показаться очевидными и банальными, а для кого-то могут оказаться полезными. Итак:

- Родственники больного — не досадная помеха и уж тем более не враги.
- Только доброжелательный тон.
- Не обманывать!
- Перед началом разговора обязательно выясните, с кем еще они (родственники) встречались, какую информацию получили и как понимают суть происходящего.
- Постарайтесь оценить общий образовательный уровень. Разговаривайте на языке вашего визави.
- Для объяснения сути болезни всегда следует пользоваться простыми словами. Если используете медицинский термин, то объясните его.
- Лучше немного сгустить краски, чем дать необоснованную надежду.
- При агрессивном настроении не прерывайте монолога. Дайте высказаться полностью. В этой ситуации лучше больше слушать, чем говорить.
- Не следует инициировать испуг, т. е. избегайте употреблять такие слова, как смерть, умрет, безнадежно. Всегда есть более мягкие выражения: шансов немного, возможен другой исход, отличный от выздоровления, выздоровление возможно, но вероятность этого пока совсем невелика, делаем все возможное, но, к сожалению, не все в наших силах и пр., и пр. Тем самым вы демонстрируете родственникам пациента вашу искреннюю заинтересованность в выздоровлении больного.
- Для снятия напряжения иногда полезно предложить найти и пригласить на консультацию врача, которому близкие пациента доверяют.
- Всегда заканчивайте беседу вопросами: все ли понятно? Есть ли еще вопросы?

- У хирургических больных для объяснения тонкостей, а иногда и сути операции адресуйте к профильному специалисту (оперировавшему хирургу). В случае возникновения осложнений, связанных или не связанных с оперативным вмешательством, всегда согласуйте представление о больном, чтобы избежать противоречивых высказываний.
- Никогда не подставляйте коллег.
- Убедите близких пациента в том, что и с их стороны для больного было сделано и делается все возможное и что они приняли правильное решение, например, согласившись на рискованную операцию, даже если, с вашей точки зрения, это и не так.
- Обязательно предлагайте и разрешайте посещение больного. Сопровождайте посетителей, объясните назначение приборов и суть происходящего<sup>4</sup>.

## **2. Как мы можем разрешать родителям находиться в ОРИТ, если они чаще всего бывают неадекватными?**

Вначале — несколько общих моментов, определиться с которыми чрезвычайно важно. Давайте попробуем дать определение адекватному родителю, причем попробуем не забывать о том, что речь идет о человеке, ребенок которого находится в тяжелом или даже в критическом состоянии. Какой степени адекватности мы ждем? Какие родители могли бы нас устроить? Скорее всего, вы скажете, что это должны быть «удобные» родители, достаточно грамотные и воспитанные, те, которые не задают «глупых» вопросов, во всем соглашаются с персоналом, понимают все с первого раза и не вмешиваются в процесс работы. Как правило, таких родителей достаточно много среди тех, чей ребенок имеет неизлечимое заболевание и в реанимацию попадает в период обострения этого заболевания либо проводит там месяцы и даже годы. Члены семей тяжело и долго болеющих детей — это категория «подготовленных» родителей, они очень многое знают и понимают, они не раз оказывались в подобных ситуациях. Но есть и другие, чьи дети, еще вчера здоровые и счастливые, оказываются в ОРИТ из-за внезапной

<sup>4</sup> <http://rusanesth.com/forum/index.php/topic/3999-%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D1%81-%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B8-%D0%BF%D0%BC%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2-%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82/>

тяжелой болезни или несчастного случая. И много ли найдется образцовых родителей среди тех, кто оказывается захваченным врасплох, совершенно неподготовленным и растерянным?

«Сколько раз у нас были эти ситуации: ты стоишь и просто скатываешься по стенке, не зная, что делать. Мне кажется, что в этот момент все, на что ты способен, — это просто сидеть и ждать. Для верующих — сидеть и молиться. Уйти или просто выйти походить по территории больницы ты не можешь, потому что в любой момент может потребоваться твоя подпись, твое разрешение на переливание крови, интубацию, трахеостомию...»<sup>5</sup>

Безусловно, среди людей, дети которых попадают в отделения реанимации, встречаются такие, все взаимодействие с которыми может — и должно — сводиться к однозначному отказу в пребывании. Речь идет о тех, кто агрессивен по отношению к персоналу, от кого можно ожидать любых, зачастую небезопасных для окружающих действий, о тех, кто находится в состоянии алкогольного опьянения. Своими силами или с привлечением сотрудников службы безопасности вы должны удалить таких людей из отделения, потому что их присутствие разрушительно и опасно как для персонала, так и для пациентов.

Однако большая часть так называемых неадекватных родителей — это те, кто в силу понятных причин не может справиться со своими эмоциями и переживаниями, и, для того чтобы правильно реагировать на самые неожиданные выплески этих эмоций, важно представлять некоторые общие закономерности, характерные для поведения людей, находящихся в стрессе в связи с критическим состоянием их ребенка.

То, как реагируют и ведут себя родители, зависит не только от уровня их образованности, культурного и интеллектуального развития (деление на «хороших» и «плохих» родителей здесь совершенно неприменимо), но в первую очередь от того, на какой стадии принятия диагноза они находятся. Еще в 1969 году доктор Элизабет Кюблер-Росс описала пять стадий горя в своей книге «О смерти и умирании», которые соответствуют нормальным чувствам человека, сталкивающегося с резкими изменениями своей жизненной ситуации. Важно понимать, что

<sup>5</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 13.

все эти стадии являются нормальной реакцией человека на трагические новости и представляют собой защитные механизмы человеческой психики.

**Первая стадия:** шок, отрицание, неверие. Это период, когда родитель, будучи не в состоянии справиться с обрушившейся на семью бедой, отталкивает от себя понимание ситуации, категорически отрицает происходящее с ребенком. Это начальная стадия оцепенения и шока. Мы не хотим верить, что изменения происходят. Нам кажется, что если мы притворимся, что изменений нет, то их и не будет, и это очень напоминает попытки страуса в ситуации опасности спрятать голову в песок.

«Не может быть» — этим щитом человек прикрывается, пытается отрицать часто очевидные вещи в отчаянной и часто бессмысленной попытке сохранить свой мир, свой покой, свою жизнь. Родителям, находящимся в этой стадии, которые не в силах поверить, что это действительно происходит, что это не страшный сон, проще решить, что просто произошла какая-то ошибка, и начать сомневаться в профессионализме врачей, в правильной постановке диагноза и в результатах исследований. В этом состоянии даже самые разумные люди зачастую могут «не слышать» то, что говорит врач. В стремлении опровергнуть трагическую новость родители пытаются еще и еще раз проверять и перепроверять информацию, искать другие источники сведений, других врачей, обращаться «выше» (например, к главному врачу), заваливают одними и теми же вопросами любых сотрудников ОРИТ, которые находятся в пределах досягаемости.

На этой стадии важно давать информацию дозированно, небольшими порциями, но предельно конкретно, причем необходимо с помощью дополнительных вопросов убедиться в том, что вас услышали и поняли. Вы можете предложить родителю записать все имеющиеся у него вопросы, чтобы не забыть ничего из того, что его тревожит, и задать их на следующей встрече с лечащим врачом.

**Вторая стадия:** гнев или злость. «Почему я? Почему мой ребенок? Это несправедливо, мы этого не заслужили, мы все делали правильно!» Когда человек осознает реальность происходящего, отрицание переходит в гнев и злость, при этом он начинает искать виноватых, обвинять все и всех, даже самого себя и своих близких, в том, что происходит, то есть гнев может быть направлен в самые разные сторо-

ны и провоцироваться любой мелочью. Родителям больного ребенка на этой стадии может казаться, что медицинский персонал недостаточно внимательно относится к их ребенку, не делает всего, что требуется, не проводит рядом с ребенком достаточное количество времени, что если бы на месте этих врачей и медицинских сестер оказались какие-то другие, то все было бы иначе...

У разных людей гнев может переживаться очень по-разному: кто-то каменеет от душащих его негативных эмоций, а кто-то, наоборот, использует окружающих как громоотвод, не слишком считаясь с тем, насколько справедливо и своевременно «разряжаться» на персонал отделения.

Помнить про эту стадию очень и очень важно, в первую очередь для того, чтобы не обижаться на родственников ваших пациентов, не пытаться оправдываться, не выяснять отношения, не нападать и не ввязываться в конфликт. Самой продуктивной будет следующая позиция: «Да, конечно, я знаю, что вам страшно, знаю, как вы переживаете и хотите любыми способами помочь вашему ребенку. Мы тоже очень хотим ему помочь, давайте делать это вместе!»

Если родитель в разговоре с вами начинает обвинять кого-то из медиков (врачей или медсестер), которые занимались ребенком ранее, постарайтесь удержаться от фраз: «Вы, наверное, неправильно их поняли», «Вам не могли такого сказать, обещать». Перед вами не стоит задача «вывести такого родителя на чистую воду», разубедить и доказать, что он неправ, — в состоянии гнева он все равно вас не услышит. Лучше вселить в него уверенность, что вы с ним заодно, что вы его понимаете и поддерживаете, что его аргументы принимаются всерьез, если, конечно, родитель действует в интересах ребенка. Помните, что родительский гнев — это начало принятия, осознания того, что теперь нужно что-то делать, как-то действовать. И чем четче и понятнее вы объясните родителям их нынешнюю роль, чем спокойнее донесете до них информацию о том, чем они могут быть полезны, находясь с ребенком в отделении, тем быстрее будет проходить принятие.

**Третья стадия:** торг. На этой стадии человек начинает задумываться о том, что и как можно сделать, чтобы исправить ситуацию. Вопросы, которые возникают при этом, могут быть самыми разными: может, нужны дополнительные обследования? Может, поискать влиятельных

знакомых? Молиться? Поститься? Увезти ребенка в другой город или страну? Все что угодно, что может переломить, изменить тягостную ситуацию и вернуть семью в спокойное и счастливое прошлое. По сути, родители больных детей пытаются совершить некую сделку или торг с судьбой или с Богом, прибегая к тем способам, которые кажутся им подходящими, — а диапазон этих способов неисчерпаем. Вот если количество шагов до отделения будет четным, то все будет хорошо. Вот привезем редкое снадобье от северного шамана, тогда все будет хорошо. Вот приведем священника (профессора, деревенскую знахарку, чемпиона мира по фигурному катанию...), тогда все будет хорошо.

И разумеется, в этот период родители могут просить и даже требовать, чтобы в ОРИТ пустили священника, шамана, домашнего врача, соседку бабу Люсю... Настаивать на том, чтобы им дали прогнозы и гарантии: «Вот вы его сейчас тут полечите, и все будет хорошо?», «Он ведь дальше будет расти и развиваться, как обычный ребенок?», «Вот если вы разрешите мне быть с ним круглосуточно, то с ним точно ничего не случится...»

Имея дело с человеком, который проходит стадию торга, не стоит сопротивляться, спорить, приводить аргументы, доказывающие бессмысленность его предложений. Намного эффективнее просто разрешить родителям пригласить в отделение (в назначенное вами время) того, кого они считают нужным, если это не противоречит правилам вашего медицинского учреждения. Не менее важно признавать и уважать потребность родителей в прогнозах и гарантиях. Это не значит, что вы должны обязательно убеждать их в том, что прогноз исключительно благоприятен, — такого рода обещания совершенно недопустимы в критических ситуациях. Но можно выразить свое понимание родительской тревоги, используя, например, такие фразы: «Конечно, я понимаю, что вам важно услышать, что все будет хорошо, и нам всем здесь очень хочется, чтобы ваш ребенок<sup>6</sup> поскорее поправился. Но пока давайте посмотрим, какие у вас есть вопросы по тому, что мы делаем сейчас...» И расскажите, что именно вы делаете сегодня и сейчас для улучшения состояния ребенка (обезболивание, респираторная поддержка, мониторинг). Таким образом, вам удастся, не давая никаких стопроцентных (и заведомо неверных) гарантий, переключить вни-

---

<sup>6</sup> Лучше, если в таком разговоре вы будете называть ребенка по имени.

мание родителей на то, что происходит здесь и сейчас, на то, что делается все необходимое для их ребенка.

**Четвертая стадия:** депрессия. Если больному ребенку не становится лучше, то родители начинают уставать от ежедневного напряжения, ежедневных ожиданий, теряют надежду на выздоровление и у них «опускаются руки». Резкое снижение настроения, апатия и безразличие к окружающей жизни — характерные признаки этой стадии. Зачастую родители перестают заботиться о себе, о других членах семьи, спать, есть, выпадают из социального окружения, отказывают себе в любом проявлении нормального человеческого существования, говоря: «Как я могу жить, если моему ребенку сейчас так плохо?»

«Не думаю, что кто-то сможет сидеть в реанимации по 24 часа в сутки. Но есть категория родителей, которые на самом деле готовы сидеть сутками, забывая есть, пить, спать, отдыхать. Они себя выжимают, истощаются и физически, и эмоционально, а в результате не могут принести пользу собственному ребенку. Нужно помнить о том, что человеческие ресурсы не бесконечны. И у врачей, и у медсестер есть определенный лимит рабочих часов в неделю, и, даже если сам специалист не хочет уходить с работы, он должен это сделать. Мне кажется, то же самое можно придумать и для родителей»<sup>7</sup>.

Ваше правильное взаимодействие с людьми, переживающими депрессию, очень и очень важно. Объясняйте родителям, что в это сложное для семьи время они просто обязаны помогать самим себе, — это сейчас их работа, и от того, насколько они сейчас будут заботиться о себе, будет зависеть то, что они смогут дать ребенку, который нуждается в том, чтобы у них были силы, энергия, нормальное физическое состояние. Постарайтесь говорить об этом так, чтобы ваши слова не звучали как угроза («Не будете есть и спать, ваш ребенок не поправится!»). Вот несколько советов, которые вы можете донести до родителей.

### Советы психологов

**Как вы можете помочь себе, когда ваш ребенок находится в больнице**

<sup>7</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 33.

Если ребенок тяжело болен, то это переворачивает всю вашу жизнь, вы забываете о себе, потому что главное и единственное для вас в этот период — это состояние вашего ребенка. Тем не менее важно помнить, что от вас очень многое зависит, а для того, чтобы быть способным помогать ребенку, вам нужны терпение, силы, энергия, нормальное физическое состояние. Вот несколько советов, которые могут вам помочь в это трудное время.

- Если в обычной жизни вы — физически активный человек, то длительное нахождение в стационаре рядом с больным ребенком может быть очень изнуряющим. Постарайтесь выкраивать время, когда вы можете отлучиться из отделения реанимации, на то, чтобы побыть на воздухе, пробежаться или хотя бы пройтись по территории больницы.
- Не забывайте принимать пищу — лучше небольшими порциями, но часто, а также пить много жидкости.
- Находите время для сна.
- Не тревожьтесь о том, что вы не справляетесь со своими обычными повседневными обязанностями. Не отказывайтесь от помощи, которую вам предлагают друзья, родственники и знакомые: пусть кто-то присмотрит за вашими детьми, поможет приготовить пищу, польет цветы и выгуляет собаку. Такая помощь разгрузит вас, снимет тревогу и позволит сконцентрироваться на уходе за вашим больным ребенком, которому вы очень нужны<sup>8</sup>.

**Пятая стадия:** принятие. Трудно назвать эту стадию счастливым состоянием, скорее речь может идти о смирении — или примирении — с ситуацией. Но именно в это время у родителей больного ребенка появляется готовность к конструктивному диалогу и готовность к конструктивному действию. Сколько времени может понадобиться конкретным родителям для того, чтобы прийти к этой готовности, предсказать невозможно — это зависит от множества факторов. Важно понимать, что именно на этой стадии родители больного ребенка могут наиболее эффективным образом включаться в процесс ухода за ребенком, и вовремя предлагать им свое посильное участие в этом процессе.

---

<sup>8</sup> См. там же. С. 34.

Разумеется, из сказанного выше не следует, что человек, как хорошо отлаженный механизм, шаг за шагом движется от одной стадии к другой, — это процесс не линейный, иначе было бы все слишком просто. Люди могут погружаться в разные стадии в разное время, переходить от одной к другой, возвращаться к той стадии, которая уже была пережита. На то мы и люди. Тем не менее представление о том, что происходит с теми, кто оказывается в критической ситуации (а чем не критическая ситуация — ребенок, которому потребовалась помощь ОРИТ?) является очень важным способом избежать ненужных конфликтов, непонимания, раздражения и прочих непродуктивных состояний, мешающих полноценному взаимодействию между персоналом и членами семей больных детей.

Риск «неадекватного» поведения родителей не может быть аргументом в пользу минимизации или исключения взаимодействия. Важно понимать, что при отсутствии взаимодействия или сведении его к минимуму этот риск будет только расти, поскольку недостаток информации в сочетании с повышенным уровнем тревоги — это питательная почва для конфликтов. Именно подготовленный медицинский персонал может помочь родителям обрести утраченную (наверняка всего лишь на время) адекватность. На борьбу уходит намного больше энергии, чем на сотрудничество.

### **3. Как поступать в ситуациях, когда родители задают слишком много вопросов, тем самым отвлекая персонал от сложной и ответственной работы?**

Нет ничего удивительного, что родственники пациентов обращаются к медицинским сестрам с самыми разными вопросами, и это немалая нагрузка для среднего медперсонала, при том, что никто не освобождает медсестер от выполнения их производственных обязанностей, не отменяет необходимости выполнять медицинские назначения, проводить экстренные манипуляции и т.п. Времени на полноценное общение остается очень немного, и, безусловно, бесконечные, а иногда повторяющиеся, назойливые вопросы не слишком компетентных в медицинских вопросах родственников могут раздражать, вызывать недовольство, желание побыстрее от них избавиться, избежать контакта с ними. В этих случаях очень полезно мысленно поставить себя на место этих людей.

Как правило, много вопросов появляется в тех ситуациях, когда у спрашивающего много тревоги и очень мало информации, что оставляет практически неограниченное пространство для додумывания, для дополнительных страхов и соответственно для дополнительных вопросов. Когда контакт между медперсоналом и родственниками налажен, когда родители понимают, что они всегда будут услышаны, а их потенциальные вопросы не будут раздражать сотрудников, то чаще всего родители не отвлекают персонал от сложной и ответственной работы, а дожидаются момента, когда можно будет подойти и поговорить.

Что еще важно помнить? То, что зачастую родители могут просто не понимать, к кому и с какими вопросами можно обращаться, и им нужно помочь в этом разобраться. Потратив немного времени на то, чтобы объяснить полномочия разных специалистов в предоставлении информации, вы избежите многих раздражающих, а иногда даже конфликтных ситуаций.

«Часто конфликтные ситуации возникают из-за того, что родители не знают, какой медработник за что отвечает. Они обращаются за помощью не к тому человеку, получают отказ, и в результате — необоснованная агрессия и конфликт. Каждый пациент прикреплен к лечащему врачу-реаниматологу. Это значит, что полной информацией по лечению и состоянию вашего ребенка владеет только лечащий врач. У него есть график работы, например с 8 до 16 часов в рабочие дни. Именно в это время у родителей есть возможность узнать все о состоянии ребенка, о том, какие лекарства и процедуры ему назначены. У врача можно попросить различные выписки из карты, он может при необходимости сделать копии анализов и исследований. Но помните, что в нерабочее время попросить эти документы просто не у кого. Дежурный врач, безусловно, может ответить вам на вопросы ситуативно. Например, в отсутствие лечащего врача произошли какие-то изменения в состоянии ребенка, и лечащий врач изменил назначения. Информацию об этом дежурный врач вам сообщить обязан. Но у него не нужно требовать всей информации, так как он общается с вашим ребенком лишь эпизодически, только во время дежурства.

Чаще всего возле вашего ребенка будет медсестра. Медсестры выполняют назначения врача. Спрашивать у них о том, что именно дают

вашему ребенку, бессмысленно, так как медсестра не может без разрешения врача что-либо говорить о состоянии ребенка и о сути врачебных назначений. Между тем конфликты родителей с медперсоналом часто возникают именно в подобных ситуациях»<sup>9</sup>.

Если вы хотите сами управлять процессом общения, то не ждите, пока вас будут спрашивать, а сразу и с опережением кратко объясняйте что с ребенком, что требуется делать, как лучше за ним ухаживать, как кормить и т.п. И тогда, понимая, что есть люди, которые персонально и профессионально занимаются их ребенком, родители успокаиваются.

Полезно помнить некоторые важные для эффективного общения моменты:

- Если вы в момент обращения родственника не можете уделить ему внимание, вежливо извинитесь, объясните, что в данное время у вас срочная работа, и попросите, если возможно, немного подождать. При этом конечно же недопустимо, чтобы родственники часами ждали беседы с вами.
- Если к вам обращаются с вопросом, а ваше время ограничено, то заранее проговорите, сколько времени у вас есть сейчас и когда можно будет продолжить разговор.
- Скажите, что даже если вы не сможете ответить на все вопросы сразу, то сделаете это позже, а родитель может записать все интересующие его вопросы и вернуться к вам в то время, которое вы назовете.
- Если вопрос выходит за рамки вашей компетенции, в частности вас спрашивают о характере заболевания, о возможном исходе, о ведущей симптоматике, то обязательно нужно предложить обратиться за разъяснением к лечащему врачу и подсказать, когда это лучше всего можно будет сделать.
- Говорите на доступном для родителей языке, помните, что непонятная вашему собеседнику медицинская терминология вызывает у него еще больше вопросов и тревог. Проясняйте, что из того, о чем вы рассказали родителям, им понятно, а что нужно повторить еще раз.

<sup>9</sup> Там же. С. 14–15.

#### **4. Практически во всех ОРИТ — хронический дефицит персонала, сотрудники перегружены. И где же брать время на то, чтобы разговаривать с родителями, отвечать на их вопросы, успокаивать и т.п.?**

Вы совершенно правы в том, что в наших детских стационарах почти повсеместно наблюдается хронический дефицит рабочих рук в отделениях реанимации. Но, как ни странно, на то, чтобы уходить от общения, «закрывать», избегать вопросов, ссылаясь на занятость, то есть на сопротивление общению, зачастую уходит намного больше времени, чем непосредственно на само общение. Вы легко можете провести собственный мини-эксперимент, подсчитав, сколько вам потребовалось времени на то, чтобы объяснить маме, что вы никак не можете с ней сейчас разговаривать, и сравнить это время с количеством минут, которое вы бы потратили на короткий и четкий ответ на ее вопрос.

**Закиров Игорь Ильдусович, руководитель службы реанимации ГАУЗ «ДРКБ» МЗРТ:**

«Иногда мы проводим ролевые игры. Предположим, медсестра занята действительно срочной работой, а тут родитель входит в палату. Что можно сделать? Вариант первый: вообще не обратить внимания на вошедшего, что неправильно. Вариант второй: в ответ на родительское «Здравствуйте!» или даже не дожидаясь его, с опережением: «Добрый день, подходите к ребенку, мы вас ждем, я вам все сейчас объясню и помогу. Вот раствор для обработки рук...» Вы используете прием мнимой свободы, предлагая ограниченное количество способов поведения... То есть по сути именно медсестра управляет процессом, не ломая свой рабочий график»<sup>10</sup>.

Кроме того, давайте задумаемся, почему присутствие родственников может помочь не только ребенку, но и персоналу, в чем преимущества нахождения членов семьи рядом с больным ребенком. Попробуйте посчитать, сколько времени в сутки уходит у медицинской сестры на санацию, переворачивание, смену постельного белья, умывание, чистку зубов, протирание каждого пациента? И так не одни сутки... А на то, чтобы грамотно и спокойно объяснить маме, что и как она

---

<sup>10</sup> Вместе — можно: Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016. С. 114.

может делать, чтобы помочь вам в уходе за ребенком, времени у вас уйдет значительно меньше.

«Присутствие родителя снимает нагрузку с команды реанимационного отделения. Если ребенок находится в реанимации вместе со своим родителем, то он всегда под наблюдением, за ним всегда подотрут, где нужно, уберут, подберут удобную позу. Даже если мы не проводим какие-то медицинские манипуляции (которые, впрочем, тоже под силу родителям, например санация), то в наших силах делать что-то необходимое, скажем, для того, чтобы ребенок не залеживался, для профилактики образования пролежней (если ребенка со СМА<sup>11</sup> часто не переворачивать, то он покрывается пролежнями, у него застаиваются легкие). Ни одна медсестра не будет каждый час его переворачивать, потому что положено это делать один раз в три часа, а у нее несколько детей, которых она один раз в три часа должна перевернуть. То есть родитель всегда может выполнять тот график процедур и манипуляций, который необходим именно его ребенку, который позволяет сохранить состояние малыша стабильным и обеспечить ему определенный комфорт. Еще один организационный момент: у медсестры несколько таких пациентов, и присутствие родителя освобождает для нее время, которое она может использовать для заботы о других пациентах, рядом с которыми по каким-то причинам сейчас нет мамы или папы. В итоге присутствие родителей почти всегда означает облегчение нагрузки на персонал»<sup>12</sup>.

Наконец, есть и еще одно соображение, ничуть не менее важное, чем все, сказанное выше. Привлечение родителей к уходу за ребенком — это прекрасный способ профилактики родительских тревог и страхов, а соответственно уменьшения количества вопросов, на которые вам приходится отвечать. Причастность мамы или другого члена семьи к процессу ухода за ребенком, занятость конкретными делами дают родителям возможность ощутить себя нужными, сконцентрироваться на решении реальных задач, что однозначно действует успокаивающе даже на самых беспокойных людей.

---

<sup>11</sup> СМА — спинальная мышечная атрофия.

<sup>12</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 10.

**5. Дети, которые находятся в нашем отделении, — это очень тяжелые дети, состояние которых требует четкого выполнения функций каждым из наших сотрудников. А тут — родители, которые для нас просто раздражающий фактор, инородное тело...**

Давайте начнем размышлять с очень простого и очевидного утверждения: дети, которые по разным причинам оказываются в отделениях реанимации и интенсивной терапии, не становятся детьми персонала, у них есть родители, члены семьи, близкие, с которыми их связывает вся предыдущая жизнь. И этих близких невозможно отсечь от ребенка только потому, что он в тяжелом состоянии и ему требуется профессиональная помощь специалистов. Отсюда вопрос, который вам может показаться почти риторическим: могут ли мама или папа восприниматься как инородное тело, когда речь идет об их ребенке? А если попробовать поставить себя на место этих людей, так сильно раздражающих нас? Обычно мы не любим таких «переносов», переходов на личное, но все-таки. Медицинский персонал — это такие же мамы, папы, бабушки и дедушки, которые не считают себя инородным телом, когда речь идет об их *родных* детях. И вы ведь согласитесь, что для каждого из вас (для каждого из нас, для каждого человека в принципе) быть рядом со своим ребенком, когда ему плохо, страшно и больно, совершенно нормально и естественно. Можно ли полностью разорвать эту связь между ребенком и его семьей только потому, что сотрудникам отделения проще и удобнее выполнять свои профессиональные обязанности, не отвлекаясь на присутствующих родных? Или все-таки помнить о том, что даже в самых трудных обстоятельствах взаимодействие с семьей пациентов остается неотъемлемой составной частью работы персонала?

«Человек находится у себя дома, это его личное пространство, куда не допускаются незнакомые, посторонние люди. Медсестра тоже воспринимает пространство палаты как свою личную территорию и потому готова воевать с каждым посторонним, который пытается туда прорваться. Вроде бы все логично. Но здесь ситуация обратная. Не медсестра живет в палате, а больные дети и их родители, а медсестра просто приходит к ним на работу, причем получает за это деньги, а не занимается благотворительностью»<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Вместе — можно: Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016. С. 114.

Если говорить о функциональных обязанностях каждого из сотрудников отделения реанимации, то ведь и у родителей могут быть свои функции, своя роль в процессе ухода за больным ребенком: погладить, поцеловать, почитать сказку, спеть любимую песенку — все это так же важно, как профессиональные медицинские действия.

## **6. Многие родители зачастую непредсказуемо остро реагируют на различные манипуляции, которые производят медработники с их детьми. Что делать в таких случаях?**

Манипуляции манипуляциям рознь. Если речь идет о проведении серьезных вмешательств, то обычная практика, которая существует в отделениях, открытых для присутствия родителей, — это просто попросить выйти из палаты и подождать. Если ребенку необходимы инвазивные манипуляции, при которых его забирают в операционную, то члены семьи ребенка, как правило, при этом не присутствуют, они дожидаются возвращения ребенка в палату. А когда проводятся рутинные действия, то, конечно, самый надежный способ избежать чрезмерно острой реакции родителей на медицинские манипуляции — комментировать то, что происходит. Непонимание, неизвестность, отсутствие информации — вот пусковые механизмы родительских страхов, которые приводят к непредсказуемым выплескам эмоций, к пулеметной очереди вопросов, причем таких, на которые вы просто не имеете права отвечать, не выходя за рамки собственной компетенции. Но можно ограничиться очень простыми словами (например, «сейчас я сделаю это... для того, чтобы вашему сыну было легче дышать»), причем лучше комментировать свои действия с опережением, тем самым снижая уровень тревоги перепуганных родственников. В экстренных ситуациях лучше сразу попросить членов семьи подождать, пока персонал завершит все необходимые ребенку манипуляции, а потом уже можно будет задать накопившиеся вопросы лечащему врачу. Обязательно предупреждайте родственников, что возможны ситуации, когда их на время могут попросить выйти из отделения, и это лучше делать заранее.

Предвидим ваше потенциальное возражение: «Нас мало, не хватает рабочих рук, а мы еще должны заниматься объяснениями...» О перегрузке персонала ОРИТ, о дефиците времени и кадров мы уже говорили на предыдущих страницах. И есть еще одна рекомендация для тех,

кто действительно настроен на то, чтобы менять систему взаимоотношений и атмосферу в отделениях реанимации и интенсивной терапии, причем рекомендация не из категории пока еще недостижимого идеала (резко увеличить количество медицинских сестер, ввести в штат нескольких психологов и т.п.), а вполне осуществимая. Как правило, в большинстве ОРИТ есть незанятые вакансии медицинских сестер. А среди знакомых персонала ОРИТ обязательно найдутся бывшие медицинские сестры, которые ушли на пенсию, не могут или не хотят больше работать по специальности, но и с ролью классических пенсионеров мириться не готовы. Почему бы не предложить им вернуться к активной жизни, но уже в качестве специалиста, основная задача которого — заниматься родителями, все им объяснять, рассказывать, что происходит с их ребенком?! Кто сможет это сделать лучше, чем бывшая медсестра отделения реанимации, прекрасно знающая предназначение каждого из проводочков и трубочек, звуковых сигналов аппаратуры и т.д.? И родители, знающие, что в их распоряжении всегда есть специалист, который ответит на все их вопросы, не станут отвлекать медицинских сестер и врачей по любому поводу.

### **7. Родители могут мешать выполнять обязанности медицинских работников, в экстренных ситуациях вмешиваться в действия персонала, могут «лезть» в аппаратуру.**

Широко распространенное мнение о том, что родители могут самовольно вмешиваться в работу аппаратуры (что-то отключать, переключать, вынимать катетеры и т.п.), не подтверждается практическими примерами, это скорее стереотипное предубеждение профессиональных медработников по отношению к некомпетентным родственникам.

**Ольга Германенко, мама больного ребенка:** «... разговоры о том, что вот придет родитель и вытащит трубку, — это просто мифы: не знаю, кто такое может сделать? Наоборот, родители порой боятся лишней раз даже потрогать ребенка, ведь они не понимают, что может произойти: например, если они повернут голову ребенка, то эта трубка вывалится или не вывалится, и если вывалится, то это опасно или безопасно?»<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 17.

Вересов Константин Васильевич, заведующий отделением реанимации Мытищинской городской клинической больницы (МГКБ): «Дело в том, что больной сам может повернуться и выдернуть что-либо из аппаратуры — катетер, дренаж. То же самое могут сделать и родители неуклюжими руками. Но это опять же не риск, а вопрос фиксации самих медицинских изделий. К тому же родителям можно объяснить, что можно, а чего нельзя делать. Даже если вдруг ребенок или родитель случайно выдернут капельницу — ничего страшного, поставим ее заново. На более серьезной аппаратуре есть датчики и система оповещения, также в палате постоянно находятся медсестры. Это все скорее надуманные риски, на практике такие вопросы легко решаются»<sup>15</sup>.

А что же нужно делать медицинским сестрам, на которых лежит серьезная ответственность за безопасность пациентов, для того чтобы снизить уровень собственной тревожности по отношению к потенциальным неграмотным действиям родственников ребенка? Информировать, объяснять, предупреждать. Да-да, мы опять вернулись к необходимости общаться с теми, кто вместе с вами находится рядом с койкой тяжело болеющего ребенка. Коротко, уважительно, но категорично скажите о том, что родители ни при каких обстоятельствах не должны вмешиваться в работу аппаратуры, что любые возникающие у них опасения или сомнения в «правильности» происходящего они всегда могут адресовать вам, что они ни в коем случае не должны пытаться что-то «исправить» или «наладить», ведь для этого есть специалисты. Скорее всего, основные моменты вам придется проговаривать не один раз, а кроме того, обязанность контролировать все, что происходит в вашей палате, так и останется вашей обязанностью, но постарайтесь все-таки донести до присутствующих членов семьи ваш ключевой посыл, например, таким образом: «Мы знаем, что вам может быть непонятно предназначение аппаратуры, может быть страшно и тревожно, но доверьтесь в этой ситуации нам, а мы сделаем все возможное для вашего ребенка, а потом обязательно ответим на ваши вопросы». Предупредите и о том, что может случиться в случае их самовольного вмешательства в работу техники, убедитесь в том, что вас поняли, и попросите, что если у кого-то возникают опасения по поводу «плохо работающего оборудования», то нужно сразу же обращаться к персоналу. Кстати, со-

<sup>15</sup> Вместе — можно: Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016. С. 121.

всем нелишним в таком разговоре будет и предупреждение о том, что в случае любых нарушений этого правила родителям придется покинуть отделение.

«...Конечно, родителям нужно объяснять очень многое, без помощи медперсонала здесь никак не обойтись. Если ребенок изначально тяжелый, с прогрессирующей патологией, то рано или поздно у него будет появляться все больше оборудования, все больше процедур, и родитель должен освоиться со всем этим. И я считаю, что это задача не врача, а среднего медперсонала, тех медсестер, которые ежедневно ухаживают за ребенком. Причем лучше не просто рассказывать, а показывать. И участие в уходе за ребенком может стать для родителей способом справиться с собственным стрессом: ты причастен, ты что-то делаешь для своего ребенка. Это очень важно»<sup>16</sup>.

#### **8. Как поступать, когда некоторые родители, не владея достаточными медицинскими знаниями, пытаются диктовать, каким образом лечить ребенка, что именно делать, пытаются корректировать действия медсестры, давать советы и указания?**

Подобные ситуации возникают достаточно часто. Свободный доступ к любой и, к сожалению, нередко недостоверной или коммерчески ориентированной информации в Интернете приводит к появлению большого количества людей, которым кажется, что они прекрасно разбираются в медицинских вопросах, не задумываясь о том, что на профессиональное усвоение знаний и умений, необходимых медикам, требуются не короткие визиты в Сеть, а годы учебы и практики. Тем не менее первое (и основное), о чем нужно помнить в таких случаях, — это отсутствие у родителей злого умысла или желания оскорбить или унижить медицинский персонал. Людям просто очень страшно, и, давая вам собственные рекомендации, «включая контроль», демонстрируя неготовность целиком и полностью передать ответственность за ребенка персоналу ОРИТ, они, по сути, пытаются справиться со своими личными страхами, почувствовать свою нужность и значимость и таким образом успокоиться. Очень часто такая позиция связана с отсут-

---

<sup>16</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 17.

ствием контакта между медперсоналом и родителями (как, впрочем, и многие другие сложности взаимодействия). Если с момента появления родителя в отделении вы, полностью погрузившись в выполнение того, что от вас требуется, не замечаете его, никак не реагируете на его присутствие, не можете найти двух секунд на то, чтобы кратко его поприветствовать и обозначить, что вы его видите, то незримая стенка между вами и членом семьи ребенка уже построена. И человек, находящийся в стрессе, будет делать все что угодно, чтобы пробить эту стену и каким-то образом — вопросами, советами, критикой, рекомендациями — обратить на себя внимание персонала.

Не раздражайтесь, не обижайтесь, не считайте, что именно вы — причина подобного поведения родителей, не принимайте все на свой счет. Чтобы снизить повышенную активность членов семьи, достаточно спокойно сказать что-нибудь вроде: «Да, я понимаю, что вы очень волнуетесь и переживаете за вашего ребенка. Все, что вас не устраивает, все ваши пожелания с вами обязательно обсудит ваш лечащий врач, вы сможете это сделать в...» (укажите время беседы).

Кстати сказать, пристальное внимание и бдительность родителей к проводимому лечению вы можете использовать во благо: именно родители, чутко реагирующие на каждый вздох ребенка, могут первыми заметить малейшие изменения в поведении — и самочувствии — ребенка и сообщить вам об этом.

«...Мама ребенка способна точнее понять, в чем именно ребенок нуждается, его желания, настроение, его боль. Это может быть ребенок в любом состоянии, даже если он лишен возможности говорить и двигаться, даже если он сам не может выразить то, что чувствует. Такая «суперспособность» родителя часто оказывается важной для оптимального лечения и восстановления ребенка после тяжелого периода»<sup>17</sup>.

**9. Родители зачастую пристально наблюдают за проведением всех манипуляций, при этом не всегда грамотно оценивая действия персонала. Что делать, когда в отделении ведется фото- и видеосъемка, люди звонят по телефону?**

<sup>17</sup> Там же. С. 11.

**Складывается такое ощущение, что родители приходят в ОРИТ только для того, чтобы проконтролировать работу персонала, зафиксировать отдельные моменты, чтобы выложить это в Интернет или составить жалобы.**

Прежде всего позвольте нам выразить уверенность в том, что подавляющее большинство сотрудников ОРИТ — это профессионалы, выполняющие свои функции на самом высоком уровне, вне зависимости от того, происходит это за закрытой дверью или в чем-либо присутствии. Иначе просто не может быть, потому что работа на тонкой границе между жизнью и смертью для отделений реанимации и интенсивной терапии — это не просто красивая фраза, а повседневная реальность. Тогда какие могут быть основания для того, чтобы опасаться любого внешнего контроля? Разве ваши действия обусловлены не тем, что необходимо делать, а тем, кто на вас смотрит?

Да, конечно, родители, не посвященные в специфику реанимационных манипуляций, которые на посторонний взгляд могут выглядеть жесткими, неэстетичными и даже агрессивными, вряд ли могут всегда правильно оценить происходящее, но это еще один аргумент в пользу необходимости разговаривать, объяснять, комментировать (в те моменты, когда ситуация позволяет это делать).

Что же касается фото- и видеосъемки, то на этот счет в вашем отделении должны быть четкие, однозначные и всем — как родителям, так и сотрудникам — понятные правила. В некоторых ОРИТ, как российских, так и зарубежных, пользование мобильными телефонами и планшетами на территории отделения просто не разрешается, а если родителям нужно позвонить или еще каким-то образом использовать свое мобильное устройство, они должны выходить за пределы отделения. Чем конкретнее сформулировано правило (и названы причины того, почему это не разрешается), тем проще его донести до всех, имеющих к этому отношение, тем проще ему следовать.

**10. О каком совместном пребывании может идти речь, когда наши отделения совершенно для этого не приспособлены? Палаты маленькие, индивидуальные боксы для каждого ребенка отсутствуют, нет специальных комнат отдыха для родителей. Какое уж тут круглосуточное нахождение?**

Это очень и очень распространенный аргумент в спорах между теми, кто приветствует совместное пребывание родителей с ребенком, и теми, кто является противником такой практики. Звучит это примерно так: мы не можем себе позволить неограниченный доступ родителей в ОРИТ, потому что для этого нужны особые условия: одноместные палаты, специальные помещения для родителей, где они могли бы переодеться и помыть руки, и т.п. Если этих условий нет, то совместное пребывание невозможно.

Однако мы не раскроем секрета, если скажем, что особых условий нет в большинстве российских детских стационаров. Кстати, как бы странно это ни звучало, этих самых особых условий нет и в очень многих зарубежных детских больницах, хотя традиционно нам кажется, что там, в благополучных странах, в качестве больниц используются только дворцы с фонтанами и зимними садами. А практика, с которой достаточно трудно спорить, показывает, что при желании организовать совместное пребывание можно не только в современных, хорошо оснащенных медицинских центрах, но и в обычных районных больницах. Иногда достаточно всего лишь наличия раскладных стульев и переносных ширм, чтобы члены семьи могли находиться рядом с ребенком. И та же практика регулярно свидетельствует о том, что «не пускают» зачастую даже в те стационары, где есть самые лучшие (даже идеальные) материально-технические условия. То есть главное — это все-таки не квадратные метры, а позиция (главврача, заведующего отделением, персонала ОРИТ), сущность которой определяется мировоззрением, жизненным и профессиональным опытом, этическими нормами.

К примеру, в Мытищинской городской клинической больнице в отделении реанимации используют ширмы, в палате есть холодильник для продуктов, микроволновая печь. Родители пользуются туалетной комнатой в хирургическом отделении, так как она не положена в отделении реанимации по эпидемиологическим правилам. Никаких дополнительных финансовых вложений совместное пребывание не потребовало.

Можно ведь задать самим себе простой вопрос: если бы вам понадобилось находиться рядом со своим ребенком, разве вы стали бы требовать каких-то особых комфортных условий? Скорее всего, вас устроил бы простой стул...

Конечно, было бы замечательно, если бы все наши детские стационары располагали современными, рационально спланированными, просторными помещениями, комнатами отдыха для персонала и родственников пациентов. Наверное, когда-нибудь, в счастливом завтра, так и будет. Но мы живем сегодня. И дети попадают в ОРИТ сегодня, и именно сегодня им крайне важно, чтобы рядом с ними могли находиться их близкие люди.

### **11. Родители — это потенциальные нарушители санэпидрежима, плюс к тому они могут являться носителями различных инфекций. Для чего нам подвергать пациентов отделения дополнительным рискам?**

Еще одно из широко распространенных стереотипных представлений, что санитарные нормы и правила препятствуют организации совместного пребывания родителей с детьми в ОРИТ. Однако прямого запрета на совместное пребывание в СанПиНах нет. А организовать выполнение и соблюдение санитарно-гигиенических норм при совместном пребывании относительно несложно и недорого. Есть несколько простых правил: мытье<sup>18</sup> и дезинфекция рук, чистая одежда без ворса, чистый или одноразовый халат, убранные волосы, отсутствие инфекционных заболеваний (нет кашля, насморка и температуры у входящего). Важно также соблюдать правила асептики и антисептики при проведении каких-то манипуляций с ребенком. Как показывают исследования, посещение пациентов в ОРИТ не связано с увеличением распространения инфекционных заболеваний. В ряде случаев отмечено даже снижение общего уровня инфекций после того, как родным было разрешено находиться рядом с пациентами, и причина этого в том, что наибольшую опасность представляет именно внутрибольничная флора, устойчивая к простым дезинфицирующим средствам и резистентная ко многим антибиотикам. Привнесенные микроорганизмы помогают бороться с госпитальной флорой. Хотя, разумеется, есть ряд заболеваний, при которых нужно соблюдать дополнительные меры предосторожности, например острые респираторные инфекции.

---

<sup>18</sup> Да-да, просто мытье рук. Не стесняйтесь обращать внимание родителей на необходимость мыть руки, как бы банально это ни звучало. У врачей и медсестер это действие отработано и почти рефлекторно, а родителям и любым другим посетителям об этом нужно напоминать.

В учреждениях, практикующих совместное пребывание родителей с детьми, требования к соблюдению санитарно-гигиенических норм обычно состоят в наличии сменной обуви (либо бахил) и одноразовых халатов. Обязательное требование — обработка рук до и после контакта с ребенком.

**Из интервью с Закировым Игорем Ильдусовичем, руководителем службы реанимации ГАУЗ «ДРКБ» МЗРТ:**

— *Вы не боитесь внутрибольничной инфекции?*

— Конечно, боимся. Это самая главная проблема больниц. Но родители к этому никакого отношения не имеют. Обратите внимание на сам термин — внутрибольничная. Да, это большая проблема, и мы с ней боремся. Как боремся? Применяем специальные технологии: раннее энтеральное кормление, воздушное положение, уход за полостью рта, это медицинские технологии, которые позволяют нам реально справиться с ситуацией. В результате дети у нас без антибиотиков...

И еще по поводу внутрибольничной инфекции — она скорее родителям угрожает, чтобы они ничего здесь не подхватили.

А если ко мне придут с ОРВИ — не пушу: это риск, а рисками необходимо управлять. Хотите посмотреть на ребенка, давайте телефон, я вам его на камеру сниму, приносите ребенку планшет, общайтесь через Скайп, звоните по телефону, а как поправитесь — ждем вас!<sup>19</sup>

## **12. Все было бы намного проще, если бы приходящие родители были лучше осведомлены о том, что происходит с их ребенком. Иначе родительская неграмотность, неосведомленность о заболевании ребенка могут мешать терапии.**

Давайте помечтаем. Хорошо бы, чтобы родители были такими универсалами во всех вопросах, касающихся их детей. Чтобы, приходя в школу, они могли сравниться по степени квалификации с учителями. Чтобы, оказываясь в больнице, не уступали в знаниях и опыте врачам и медсестрам. Чтобы на равных общались с тренерами по плаванию, художественной гимнастике, боксу, фигурному катанию. Чтобы владели навыками рисунка и нотной грамоты. Ну и так далее...

<sup>19</sup> Вместе — можно: Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016. С. 111.

А если вернуться к реальности, то каждый должен заниматься своим делом. Чего мы ждем от родителей, которые стремятся быть рядом со своими детьми в отделениях реанимации? Профессионального понимания ситуации и профессиональных навыков обращения с больным ребенком? Но ведь мы только что говорили о том, что чрезмерно «образованный» родитель — это серьезная проблема для персонала. Где же золотая середина? Может быть, в том, что да, конечно, родители должны хотя бы в самых общих чертах понимать, что происходит с ребенком, но странно было бы требовать от них заблаговременно подготовиться к ситуации. И это как раз ответственность персонала ОРПТ — дать правильно дозированную и человеческим языком сформулированную информацию о сути заболевания, о том, что будет происходить, о границах родительского участия в уходе за ребенком. Совсем необязательно насильно погружать неподготовленных (что естественно) членов семьи ребенка в медицинские глубины происходящего, зачастую это может только испугать и оттолкнуть. Доверьтесь вашей профессиональной интуиции в том, что можно и чего не следует говорить каждому отдельному человеку, не пожалейте немного времени — и вы получите не «противоборствующую сторону» или «раздражающий фактор», а вашего полноценного союзника в решении очень непростых задач, связанных с лечением больного ребенка.

### **13. Родители находятся в состоянии стресса, эмоционально неустойчивы, зачастую не способны справляться с собственными эмоциями, а в итоге — это просто дополнительная нервотрепка для персонала.**

Мы не скажем ничего нового, если отметим, что все люди разные. Мы по-разному радуемся и грустим, по-разному реагируем на одну и ту же ситуацию, по-разному справляемся — или вовсе не справляемся — с негативными эмоциями. А если говорить непосредственно о родителях тяжело больного ребенка, то эта «неодинаковость» резко усиливается, потому что, безусловно, от людей, пребывающих в состоянии стресса, можно ожидать любых эмоциональных срывов, которые, к сожалению, вовсе небезопасны для окружающих: и для самого ребенка, и для персонала, и для других детей, находящихся в отделении, и их родителей.

Какими способами можно попробовать нивелировать, сгладить потенциально острую реакцию родителей на ситуацию? Еще до того, как родитель войдет в отделение, очень важно готовить его к тому, что он может увидеть. Ребенок может находиться в бессознательном состоянии, он может быть подсоединен к жизнеобеспечивающему оборудованию, а смотреть на это спокойно способен далеко не каждый человек. Катетеры, трубки, провода, аппаратура, издающая непонятные непосвященному звуки... Убедитесь (а в этом вам совершенно точно может помочь ваша интуиция и опыт), что мама или папа готовы все это увидеть и смогут держать себя в руках. Если у вас есть сомнения, то лучше дать родителям какое-то время на то, чтобы подготовиться к тому, что им предстоит увидеть. Объясните, что от их владения собой, от умения собраться зависит очень многое: слезы и истерики негативно отразятся на их же собственном ребенке. Если вы видите, что родитель не может контролировать свои эмоции, то попробуйте предложить, чтобы к ребенку прошел другой, более стойкий, член семьи. Не угрожайте, дайте родителям время на то, чтобы «собраться» или решить, кто их может заменить. «Одна из докторов дала мне бесценный совет. Мы стояли перед дверью в реанимацию, и она сказала: «Мама, у нас такое правило: когда вы заходите в палату к ребенку, то никаких слез и никаких истерик не может быть, это все вы оставляете за дверью. Когда вы приходите сюда, вы берете где-то хорошее настроение, улыбку, добрые слова, тепло, потому что если даже ваш ребенок, как нам кажется, ничего не понимает, то он все прекрасно чувствует»<sup>20</sup>.

Дайте родителям понять, что вы понимаете, как им тяжело и как много сил им требуется, чтобы справиться с ситуацией. И постарайтесь переключить их на любую, даже самую незначительную деятельность, потому что родители намного эффективнее справляются со стрессом, когда они включены в процесс, когда у них есть возможность действовать, реализовывать свое родительское предназначение. Поручите им что-то несложное, например сидеть рядом и осторожно гладить ногу или руку ребенка, подчеркнув при этом, что это важно для... (улучшения кровообращения, выравнивания сердечного ритма, чего угодно, лишь бы это звучало правдоподобно). Труднее всего родителям принять ситуацию, в которой от них ничего не зависит.

<sup>20</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 29.

#### **14. Что делать, если к ребенку одновременно приходит несколько членов семьи?**

«Сестры иногда спрашивают: а если много родственников придут, например сразу пять человек? Все просто: добрый день, хорошо, что пришли, ребенок в вас нуждался, — им надо показать, что это действительно так. Когда персонал все делает молча, у родителей происходит диссонанс. Нужны нормальные коммуникации. И вот, когда много родственников, надо сказать: очень хорошо, а кто родители? И два человека отделяются от всех. Вы их заводите в палату, а остальным предлагаете поговорить с вами в сторонке. То есть именно вы управляете ситуацией»<sup>21</sup>.

Количество человек, которые могут одновременно находиться рядом с ребенком, регламентируется теми правилами, которые приняты в вашем отделении. То есть это не тема для обсуждения, а вопрос следования тем нормам, которые вы сами для себя установили в соответствии с теми возможностями, которые есть у вашего ОРИТ. Где-то позволяют одновременно находиться с ребенком только одному человеку, где-то — двоим, если позволяет площадь помещений. При этом конечно же члены семьи могут сменять друг друга. И ваша задача — не отбиваться от напора родственников, которые стремятся все вместе и одновременно оказаться в палате ребенка (ситуация маловероятная, но допустим...), а, сославшись на существующие в вашем отделении правила, объяснить, что одновременно рядом с ребенком могут находиться столько-то человек, что они могут меняться, что это связано с ограниченным размером палаты и необходимостью персоналу всегда иметь свободный доступ к койке ребенка, или с любыми другими — реальными, а не надуманными! — причинами.

#### **15. Ухаживать за тяжелыми детьми, находящимися на ИВЛ, могут только квалифицированные специалисты. Как и чем тут могут помочь неопытные родственники?**

«В России дети с трахеостомами и аппаратами ИВЛ (искусственной вентиляции легких) — это в большинстве случаев пожизненные заложники реанимации. Такая жизнь может длиться годами — среди чужих

<sup>21</sup> Вместе — можно: Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016. С. 114.

людей, аппаратуры, болезненных манипуляций, с обреченной невозможностью почувствовать, как мама что-то шепчет или гладит по голове.

...В других странах мира такие дети могут гулять в парке, играть с друзьями, ходить в школу, то есть не доживать отпущенный судьбой срок, а жить полноценно, хоть и с аппаратом. У нас сам факт перевода ребенка из реанимации домой (с аппаратным замещением жизненных функций) — событие исключительное...»<sup>22</sup>

Да, к сожалению, бывает так, что ребенка невозможно вылечить... Но это не значит, что вся его дальнейшая жизнь должна быть связана с больницами и одиночеством, а все впечатления и воспоминания — с белыми халатами и медицинскими процедурами. Любой ребёнок хочет жить дома в окружении своих родных и очень близких людей, общаясь с друзьями, воспитателями и учителями, наслаждаясь комфортом и безопасностью привычной домашней обстановки.

Большинство детей с редкими генетическими заболеваниями по долгу (годами) вынуждены находиться в отделениях реанимации из-за отсутствия специального оборудования и системы профессиональной поддержки и ведения таких пациентов на дому. А ведь дома с помощью портативного аппарата ИВЛ и хорошего ухода продолжительность жизни таких детей может быть увеличена до 18–30 лет и более.

Если дорогостоящее оборудование, необходимое для того, чтобы можно было перевести ребенка на ИВЛ домой, можно либо приобрести, либо получить от благотворительных фондов или в рамках специальных государственных программ, то обучить родителей навыкам обеспечения ИВЛ на дому могут только сотрудники ОРИТ за то время, которое ребенок там проводит.

Вот какие требования предъявляются к родителям или к законным представителям ребенка, которые будут заботиться о ребенке после его перевода на домашнюю ИВЛ:

«Родители или законные представители ребенка, осуществляющие уход за ним в домашних условиях, должны быть обучены навыкам и технике проведения ИВЛ на дому. Они обязаны быть компетентны в следующем:

<sup>22</sup> Чернова Наталья. На них надо дышать. Сами они не могут. <http://www.novayagazeta.ru/society/64191.html?print=1>

- настройка, эксплуатация, устранение неполадок и техническое обслуживание оборудования и расходных материалов;
- оценка состояния ребенка и его текущего ответа на инвазивную ИВЛ;
- реагирование на опасности и риски режима ИВЛ на дому;
- реагирование на кризисные неотложные ситуации в случаях перебоев с источником питания; в острых жизнеугрожающих ситуациях, таких как случайная деканюляция, или в других ситуациях, требующих замены трахеостомической трубки; при ухудшении клинического состояния пациента; при отказе оборудования или расходных материалов;
- соблюдение процедур инфекционного контроля;
- обеспечение регулярно проводимых плановых манипуляций, необходимых для обеспечения режима ИВЛ на дому, таких как санация трахеобронхиального дерева и использование вспомогательного оборудования»<sup>23</sup>.

«Родители или иные законные представители ребенка, осуществляющие уход за ребенком, должны уметь регулярно мониторировать следующие показатели (после прохождения соответствующего обучения):

- клиническое состояние пациента: частота дыхания, частота пульса, изменение цвета кожных покровов, экскурсия грудной клетки, потоотделение, сонливость, температура тела;
- параметры работы ИВЛ (частота плановой проверки сигналов тревоги и показателей ИВЛ должна устанавливаться врачами согласно плану ведения пациента):
  - а) пиковые показатели давления газов;
  - б) заданный объем выдоха;
  - в) концентрация кислорода во вдыхаемом воздухе;
  - г) уровень положительного давления в конце выдоха (ПДКВ);
  - д) увлажнение вдыхаемых газов;
  - е) функция теплообменника;
- функция оборудования:
  - а) соответствие конфигурации вентиляционного контура;
  - б) функция сигнала тревоги (alarm);
  - в) чистота фильтра (фильтров);

---

<sup>23</sup> Длительная инвазивная искусственная вентиляция легких в домашних условиях при оказании паллиативной помощи детям. СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2014. С. 12.

- г) уровень заряда батареи (батареи) — внутренней и внешней;
- д) общее состояние всего оборудования в целом;
- е) мешок Амбу (чистота и техническое состояние)»<sup>24</sup>.

Вот, собственно, и ответ на вопрос о том, как и чем могут помочь неопытные родственники ребенку на ИВЛ. Да, в ситуациях, когда ребенка подключают к аппарату на короткий срок, необходимости обучать родителей нет, однако в большинстве случаев от того, насколько вы сумеете подготовить членов семьи к тому, чтобы грамотно ухаживать за ребенком на ИВЛ, зависит очень и очень многое, зачастую даже жизнь ребенка. Безусловно, от вас требуется внимание и терпение, безусловно, самостоятельно производить все необходимые действия вам проще, чем объяснять, показывать, контролировать и т. п. Но вспомните, что, когда вы впервые пришли работать в ОРИТ, когда у вас не было никакого опыта, когда многое было непонятным и даже пугающим, ведь вам было важно, чтобы кто-то более опытный спокойно показывал и объяснял, что и как нужно делать.

### **16. Многие родители категорически отказываются хоть как-то помогать персоналу в уходе за ребенком, оставляя за собой исключительно роль наблюдателей.**

Да, родители совсем не всегда готовы помогать вам в уходе за их ребенком. Это в первую очередь вопрос их доброй воли, и с этим нужно считаться: с формальной точки зрения в обязанности родителей госпитализированного ребенка не входит выполнение ими каких бы то ни было работ в больнице. Они имеют право быть просто наблюдателями либо участвовать в уходе за ребенком доступными им способами: молча сидеть рядом, гладить ручку или ножку, петь, разговаривать. Мы ведь помним о том, что люди (как родители, так и персонал, кстати) очень редко соответствуют универсальному идеальному шаблону, — мы все разные. Кому-то может быть просто очень страшно сделать хоть одно движение — а вдруг что-то пойдет не так? Кто-то, совершенно не понимая, что и в какой последовательности должно происходить, опасается продемонстрировать свое неведение и прячется за позицию полного невмешательства. Кто-то может отстраняться

---

<sup>24</sup> Там же. С. 14.

почти демонстративно, мол, «это ваша работа, вы за нее отвечаете, вы ее и делайте».

Что ж, это ведь и в самом деле ваша работа, и вне зависимости от того, найдутся ли помощники, вы будете выполнять все назначения, производить все манипуляции так, как это положено. Раздражение на присутствующих в палате родителей за то, что они не хотят принять участие в уходе за ребенком, заведомо непродуктивно. А вот попробовать привлечь их к этому процессу вполне реально, ведь, скорее всего, некоторые из тех, кто «не помогает», просто не знают, что это можно. Не требуйте, не настаивайте, а просто спросите, не хотят ли они, например, попробовать вместе с вами перестелить постель ребенка, помочь вам повернуть ребенка или сменить памперс. Большая часть родителей не только быстро научатся этим несложным действиям, но еще и будут вам благодарны за то, что вы их привлекли, что они могут чем-то конкретным помогать собственному ребенку.

**17. Многие родители считают, что именно их ребенок самый тяжелый и поэтому весь медперсонал должен заниматься только им, а это невозможно в отделении, где лежат и другие больные, иногда намного более тяжелые.**

Когда у нас с вами что-то очень болит — ну пусть это будет внезапная и очень сильная головная боль, — способны ли мы во время приступа обращать внимание на то, что кому-то может быть еще хуже, сосстрадать другим, переживающим, возможно, намного более мучительную боль?

Согласитесь, что было бы странно, если бы родители, весь смысл существования которых сейчас, в критическое для ребенка время, сосредоточен на их сыне или дочери, смогли бы сохранять объективность, взвешенно оценивать степень тяжести состояния, обращать внимание на то, что «другим еще хуже». В такое время ребенок для родителей если и не самый тяжелый, но однозначно самый важный, им хочется особого внимания к нему, и с этим желанием, каким бы обременительным для персонала оно ни было, так или иначе нужно считаться. И делать это достаточно просто: не стоит обвинять чрезмерно обеспокоенную маму в эгоизме, не стоит напоминать о том, что ребенку в соседней палате намного хуже, не стоит призывать к сознательности. Наверное,

найдется некоторое количество высокосоциальных и дисциплинированных родителей, которым удастся, удерживая собственные эмоции под контролем, не требовать повышенного внимания персонала к тому, что происходит с их ребенком. Но таких немного. А взаимодействие с остальными могут облегчить несложные приемы. Можно спокойно рассказать родителям, что все назначения, которые необходимы их ребенку, расписаны в карте назначений, что каждый шаг, связанный с лечением ребенка, строго выполняется персоналом, что все изменения в состоянии маленького пациента четко отслеживаются. Можно даже попросить родителей вести свой дневник наблюдений за ребенком и сообщать персоналу о любых отмеченных ими изменениях, то есть предложить им конкретную роль в процессе, которая направит их энергию в более конструктивное русло. И в этом случае не забывайте благодарить родителей за ту информацию, которой они будут с вами делиться, даже если вам и без нее все понятно.

### **18. Зачем родителям присутствовать, когда ребенок находится в бессознательном или в коматозном состоянии?**

Когда-то, в 60-е годы прошлого века, даже в самых «продвинутых» в этом вопросе странах родители расставались со своими детьми на пороге медицинского учреждения, и вопрос о совместном пребывании в принципе не стоял. Это в полной мере относилось не только к ОРИТ, но и к стационарам в целом. Ситуация стала меняться тогда, когда появилась серьезная доказательная база и соответствующие теории, свидетельствующие о позитивном эффекте присутствия родителей в ОРИТ как для больного ребенка, так и для его семьи.

Главным аргументом в пользу присутствия родителей в больницах вместе с детьми стали исследования психологической травмы, которую получает ребенок в результате отлучения от родителей в период госпитализации. Первые публикации такого рода появились уже в 50-е годы прошлого века, и в них было показано, что отлучение больного ребенка от родителей в период пребывания в больнице наносит вред как самому ребенку, так и его отношениям с родителями.

Именно на большом практическом опыте и результатах исследований основаны современные принципы оказания помощи детям в ОРИТ, ключевой момент которых заключается в признании того, что паци-

ент должен рассматриваться не как отдельно взятый индивидуум или просто организм, который требует лечения, а как личность, имеющая значимые для нее отношения с другими людьми, которые нельзя разорвать насильно, тем самым усугубляя и без того тяжелое физическое состояние, вызванное болезнью.

Да, ребенок может находиться в бессознательном состоянии, он может не слышать и не видеть, есть ли рядом с ним кто-нибудь из членов его семьи, но это совсем не означает, что на это время можно прервать ту невидимую, но очень важную связь, которая существует между ним и его родителями. Кстати сказать, сохранение и укрепление этой связи очень сильно способствуют доказанному многими исследованиями позитивному терапевтическому эффекту присутствия родителей.

«Ребенок не должен быть достоянием реанимации, достоянием больницы, все равно в первую очередь это ребенок, у которого есть мама и папа, есть семья, родственники, близкие люди, и никто лучше них друг друга не поймет, даже если ребенок в вегетативном состоянии или находится под действием снотворных препаратов.

В Германии у моего Дениса было 50 суток медикаментозной комы, меня научили определять по пульсу, когда он спит, а когда не спит, но не может двигаться, и именно в это время я должна была с ним разговаривать. Его нельзя было поворачивать, я могла только руку положить, но я с ним должна была все время общаться и держать контакт, это была моя работа.

50 суток комы, после четырех хирургических операций Дениса нельзя было брать на руки. В немецкой реанимации стояла корзина с мягкими игрушками, и твоя обязанность как мамы — выбрать одну из них и носить ее близко к телу, а через три часа эту игрушку ты меняешь на другую, а медсестра первую зверюшку с твоим запахом кладет рядышком с ребенком. И каждые три часа эту игрушку меняли, чтобы ребенок помнил запах мамы»<sup>25</sup>.

Честно признаемся, последний пример даже не хочется комментировать...

---

<sup>25</sup> Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. М., 2015. С. 9.

### **19. С родителями должны работать психологи, и тогда персоналу не придется отвлекаться от своих основных обязанностей.**

Сейчас в подавляющем большинстве отделений реанимации и интенсивной терапии психологов нет. Рано или поздно такая должность обязательно будет введена в штатное расписание ОРИТ, и в этом нет сомнений. Значит ли это, что нам следует отложить обсуждение вопросов взаимодействия персонала с родственниками пациентов до того момента, когда в составе лечащей команды появятся специально для этого подготовленные специалисты? Ответ лежит практически на поверхности: нет, не значит.

Ф. Найтингейл в 1859 году писала: «Сестринское дело — это действия по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению, а цель сестринского дела — это создание наилучших условий для активации его собственных сил». Поэтому сестринское дело — это не просто наука, а искусство общения, это попытки гармонизировать жизнь пациента. Можно ли добиться гармонизации, ограничиваясь выполнением только своих функциональных обязанностей? Можно ли полностью передоверить все, что касается общения, психологам? Вопросы, как вы уже догадались, совершенно риторические.

Даже если в вашем отделении уже есть или появятся профессиональные психологи, они будут (и должны) работать только в связке с врачами и медицинскими сестрами, а не брать полностью поддержку и общение с членами семьи пациентов на себя. То есть психолог — это дополнительные рабочие руки, а не волшебная палочка, одним взмахом отменяющая необходимость отвечать на вопросы и давать объяснения и рекомендации, касающиеся состояния ребенка и особенностей ухода за ним.

Медицина — это одна из тех профессий, которые принято называть «помогающими», потому что основная их цель — принести пользу обществу и конкретным его представителям. В самой основе этой деятельности, которая относится к системе «человек — человек», уже заложена постоянная работа с людьми и регулярное общение с ними.

## 20. Как поступать в тех случаях, когда родители не соглашались с предложенными правилами?

В этом случае возможны два сценария поведения. Первый путь — строго формальный (при этом, разумеется, не отменяющий корректности в формулировках). Если в вашем отделении существуют определенные правила для родителей, которые хотят находиться рядом со своим ребенком, то любое неподчинение правилам, нарушение распорядка деятельности отделения является законным основанием для того, чтобы отказать членам семьи в возможности находиться в ОРИТ, чаще всего на какое-то время, а не навсегда. Но надо отметить, что при наличии правил подобные ситуации встречаются достаточно редко, поскольку ясно и четко изложенные требования к поведению родственников пациентов задают определенную систему координат, способствуют пониманию границ, а значит, регулируют пребывание членов семьи в ОРИТ.

Чаще всего вам придется использовать другой, неформальный, подход, потому что большая часть возражений, несогласий и споров лежит не в плоскости нарушения правил, а связана со множеством других причин, о которых мы уже говорили в этой брошюре.

Работать с родителями, которых не устраивают медицинские назначения или рекомендации, чаще придется врачам, тем не менее, столкновения с несогласными родителями могут происходить и у медицинских сестер. Чтобы правильно реагировать в подобных случаях, важно понимать причины несогласия, понимать то, что может стоять за возражениями:

- это может быть недостаток информации либо информация может быть донесена так, что родители совершенно ничего не поняли;
- это может происходить тогда, когда не установлен личностный контакт: врач — родитель, медсестра — родитель;
- возражения могут быть маркером недоверия к сотрудникам отделения, основанного на собственном негативном прошлом опыте или на информации, полученной от кого-то другого.

Вы можете услышать, например, такие высказывания:

- «Все, что вы делаете моему ребенку, вы должны делать при мне, я не буду выходить из отделения во время манипуляций».
- «Я не хочу, чтобы вы делали это (...) моему ребенку».

- «Я не понимаю, почему нельзя фотографировать, и буду фотографировать».

Первое, что хочется сделать в такие моменты, — это начать спорить, доказывать свою правоту несогласному родителю, что только подливает масла в огонь. Чтобы ваше взаимодействие не было разрушительным и не привело к явному конфликту, пожалуйста, возьмите на вооружение главное правило: НЕ СПОРИТЬ! И еще несколько рекомендаций:

1. Выслушайте то, что говорит родитель, не перебивая и не защищаясь, кивайте головой, сохраняйте контакт глаз.

2. Согласитесь с частью правды, что позволяет избежать конфронтации и снять психологические барьеры, мешающие конструктивному общению. Соглашение с частью правды помогает родителю перестать бороться за то, чтобы его услышали и поняли. К примеру, на возражение: «Я не буду выходить из отделения во время манипуляций...» можно ответить так: «Действительно, есть ряд манипуляций, которые мы можем делать при родителях, и тогда родителям не предлагают выйти, но в данный момент моя просьба связана с...» (и здесь нужно обязательно объяснить, с чем связана ваша просьба или требование.)

3. Следующий шаг — прояснить скрытые сомнения или причину возражений. «Скажите, пожалуйста, с чем связано то, что вы хотите присутствовать в это время в палате?». И вот здесь важно выслушать причину: родителю может быть страшно, он хочет поддержать ребенка или привести десятки других причин.

4. Когда вам будет ясна причина, то вы сможете уже прицельно реагировать именно на нее, приводя именно те аргументы, которые нужны в конкретной ситуации.

5. Примерами фраз, которые позволяют не спорить, могут быть:

- «Я понимаю ваше волнение/желание помочь».
- «Я понимаю, что вам важно знать, что именно будет происходить с вашим ребенком».
- «Да, существует такое мнение».
- «Я понимаю, что это очень важно для вас».
- «Данный вопрос, действительно, важен» и т.п.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Рекомендации медсестре по общению с пациентом<sup>26</sup>

Существуют правила эффективного общения, применение которых помогает установить взаимоотношения между медицинским работником и пациентом. Поддержать атмосферу доверия и сотрудничества, создать и сохранить спокойную, уважительную и доброжелательную атмосферу медицинская сестра сможет с помощью нескольких приемов:

1. «Имя собственное». Беседу с пациентом начинают, назвав свое имя и отчество, должность и цель беседы. К пациенту также обращаются по имени и отчеству (если этого требует возраст) и на «вы», что способствует утверждению человека как личности, вызывает у него чувство удовлетворения и сопровождается положительными эмоциями. На «ты» можно переходить, только если пациент сам это предложит.

2. «Комфортная обстановка». Беседу с пациентом проводят, по возможности обеспечив ему удобное место, учитывая освещение, наличие шума, мебель, помещение, присутствие посторонних и т. д. Необходимо помнить о межличностной дистанции, расположиться так, чтобы лицо находилось на одном уровне с лицом пациента. Обязательно напоминают пациенту о конфиденциальности беседы.

3. «Зеркало отношений». Прием состоит в доброй улыбке и приятном выражении лица, свидетельствующем, что «я — ваш друг». У пациента возникают чувство защищенности и, как следствие, положительные эмоции. Следует быть открытым, доброжелательным, позитивным и приветливым. Не следует быть фамильярным в беседе, разговаривать свысока или пренебрежительно.

4. «Построение беседы». Разговор с пациентом начинают с подчеркивания его достоинств и положительных достижений в устранении проблемы со здоровьем. Нежелательно начинать беседу со сложной для пациента темы. К наиболее волнующим и щепетильным вопросам подходят постепенно. Терпеливо и внимательно выслушивают проблемы пациента. Следует, уточняя подробности, поддерживать разговор в нужном направлении. Это приводит к удовлетворению одной из самых важных потребностей любого человека — потребности в самоут-

<sup>26</sup> В педиатрической практике данные рекомендации вполне применимы при общении с членами семьи больного ребенка.

верждении, что ведет к образованию положительных эмоций и создает доверительное отношение со стороны пациента.

5. «Золотые слова». Прием заключается в высказывании комплиментов, способствующих эффекту внушения. Следует увидеть, понять и оценить достоинства человека, с которым ведется беседа. Это выражают словами одобрения и похвалы. Тем самым происходит как бы «заочное» удовлетворение потребности пациента в совершенствовании, что также ведет к образованию у него положительных эмоций и обуславливает расположенность к медицинскому работнику.

6. «Риторические способности». Говорить следует четко, неторопливо, доходчиво, с максимальным проявлением дружелюбия (без заискивания), проверяя, правильно ли понимает сказанное собеседник. Нужно стараться вести беседу с учетом индивидуальных возрастных и личностных особенностей, вкусов и желаний пациента. В разговоре нужно выдерживать паузу: это дает возможность понаблюдать за пациентом и собраться с мыслями и ему, и медицинскому работнику. Ответы пациента сопровождают мимикой утверждения или кратким «да». При неточном ответе на вопрос его повторяют или формулируют по-другому.

7. «Профессиональная тишина». В разговоре с пациентом избегают употребления медицинских терминов. Информировать пациента о лечебных мероприятиях и об ожидаемых результатах в пределах профессиональной компетенции. Не требуют от пациента точного названия предметов ухода и лекарств, при необходимости просят просто показать их. Не следует ждать, что пациент запомнит имена сотрудников, номера кабинетов. Если в этом есть необходимость, то информацию излагают на бумаге и оставляют пациенту. Нельзя создавать у пациента чувство вины за неточное исполнение инструкций или рекомендаций. По возможности ему дают четкие и конкретные советы и рекомендации.

8. «Взаимное понимание». В конце беседы уточняют, не возникло ли смыслового барьера.

Искусство общения, знание психологических особенностей и применение психологических методов крайне необходимы специалистам, работа которых предполагает постоянные контакты типа «человек — человек». Умение строить отношения с людьми, находить подход к ним, расположить их к себе особенно необходимо медицинским работникам<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> [http://yamedsestra.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=86&Itemid=27](http://yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=27)

**РАЗРЕШИТЬ НЕЛЬЗЯ ЗАПРЕТИТЬ**  
**Совместное пребывание родителей с детьми в отделениях**  
**реанимации и интенсивной терапии**  
**20 вопросов и ответов для медицинских сестер**

Подписано в печать 19.01.2018.

Печать офсетная. Бумага офсетная. Гарнитура CentroSansPro.  
Формат 60x90 1/16. Объем 2,75 усл. п.л. Тираж 2000 экз. Заказ № 252П

Отпечатано в ООО «Издательство «Проспект»  
119606, г. Москва, пр-т Вернадского, 84

Читайте и скачивайте бесплатно другие публикации БФ «Детский паллиатив» на сайте в разделе «Библиотека» <http://rcpcf.ru/biblioteka/>



**ДЕТСКИЙ  
ПАЛЛИАТИВ**

благотворительный фонд  
развития паллиативной помощи

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 2/3, офис 420  
тел.: +7 (499) 704-37-35 | [info@rcpcf.ru](mailto:info@rcpcf.ru) | [www.rcpcf.ru](http://www.rcpcf.ru)