

©Т. М. Плеханова, В. М. Остромецька¹

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

¹КЗ «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері та дитини ім. проф. М. Ф. Руднєва» ДОР

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СІМЕЙНО ОРІЄНТОВАНОГО ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СІМЕЙНО ОРІЄНТОВАНОГО ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ. Поліпшення виживання дітей з малою та дуже малою масою тіла формує популяцію немовлят, яким необхідні особливі умови виходжування з метою запобігання негативним наслідкам незрілості, інтенсивного лікування, тривалого перебування в лікарні. Сімейно орієнтована медична допомога дозволяє знизити ризики «некомфортних» умов відділень інтенсивного виходжування, надає можливість сім'ї відчувати її важливу роль у лікуванні немовляти, дозволяє оволодіти необхідними навичками для подальшого догляду за ним, сформувати партнерські взаємовідносини між членами родини та медичними працівниками. Анкетування матерів, які здійснювали догляд за недоношеними немовлятами у відділенні виходжування недоношених, дозволило оцінити їх бажання доглядати за своєю недоношеною дитиною, можливість оволодіння навичками, готовність до виписування та самостійного догляду в домашніх умовах. Чим раніше мати/родина мають можливість бути біля дитини, брати участь у виходжуванні, вигодовуванні, обговорювати діагностичні та лікувальні процедури з лікарем, тим вищий рівень їх психологічного комфорту, ступінь довіри до медичних працівників, більша впевненість у позитивних результатах.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНО ОРИЕНТИРОВАННОГО ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ. Улучшение выживаемости детей с низкой и очень низкой массой тела формирует популяцию детей, которым необходимы особые условия выхаживания для предупреждения негативных последствий незрелости, интенсивного лечения, длительного пребывания в больнице. Семейно ориентированная медицинская помощь позволяет снизить риски «некомфортных» условий отделения интенсивного выхаживания, определяет важную роль семьи в лечении ребенка, позволяет овладеть необходимыми навыками для дальнейшего ухода за ним, сформировать партнерские взаимоотношения между родителями и медицинскими работниками. Анкетирование матерей, которые осуществляли уход за недоношенными младенцами в отделении выхаживания недоношенных, позволило оценить их желание ухаживать за своим недоношенным ребенком, возможность овладения навыками, готовность к выписке и самостоятельному уходу в домашних условиях. Чем раньше мать/семья имеют возможность находиться возле ребенка, принимать участие в уходе, кормлении, обсуждать диагностические и лечебные процедуры с врачом, тем выше уровень их психологического комфорта, степень доверия к медицинским работникам, большая уверенность в позитивных результатах.

ACTUAL QUESTIONS OF FAMILY ORIENTED NURSING OF PREMATURE BABIES. Improved survival of children with low and very low birth weight forms the population of children who need special conditions of nursing to prevent the negative effects of immaturity, intensive care, prolonged hospital stay. Family-oriented medical care to reduce risks "uncomfortable" conditions of the intensive nursing determines the importance of the family in the treatment of the child, provides the necessary skills for future care of them, forms of partnership between parents and health care worker. Actual survey mothers, who provided care for premature infants in the department of nursing preterm babies, allowed us to estimate willingness to care for a premature baby, the ability to master the skills, readiness for discharge from the hospital, and self-care at home. Than before the mother / family have the opportunity to be near the child take part in the care, feeding, discuss diagnostic and therapeutic procedures with the doctor, than higher their level of psychological comfort, higher degree of confidence to health workers, a lot of confidence in a positive outcome.

Ключові слова: недоношені діти, сімейно орієнтоване виходжування.

Ключевые слова: недоношенные дети, семейно ориентированное выхаживание.

Key words: premature babies, family oriented nursing.

ВСТУП. За останні роки, завдяки впровадженню ефективних перинатальних технологій, створенню умов для надання високотехнологічної медичної допомоги, збільшився рівень виживання дітей, які народилися з малою та дуже малою масою тіла. Так, в Україні в останні роки виживає 45–78 % таких дітей [1]. Водночас такі результати формують популяцію дітей з унікальними потребами особливого виходжування, тривалого лікування та довготривалого догляду. Отримані чисельні докази [2, 3], які показують, що виходжування немовлят у кувезах з вели-

ким рівнем шуму, занадто інтенсивним освітлюванням, незручним положенням тіла, інвазивними маніпуляціями суттєво впливає на неврологічний та сенсорний розвиток у подальшому. Однією з базових вимог організації виходжування цих дітей слід вважати забезпечення оптимальних умов для подолання наслідків незрілості, великої кількості некомфортних/болісних процедур, тривалого перебування у лікарні. Доведено, що активне залучення до виходжування дітей у відділеннях інтенсивного лікування матерів та родини зменшує негативні наслідки для

дітей [4–6], допомагає родині адаптуватися до складної ситуації, дозволяє отримати вкрай важливі навички догляду за дітьми і в подальшому.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дослідження проводилося на базі відділення недоношених КЗ «ДСК МЦ МД ім. проф. М. Ф. Руднева» ДОР. У відділенні щорічно отримують лікування 450–500 малюків. Протягом останніх чотирьох років зберігається стабільне вагове співвідношення: 500–999 г – 7–8 %; 1000–1499 г – 26–28 %; 1500–1999 г – 33–35 %; 2000–2499 г – 22–26 %. Близько половини дітей (45–55 %) переводять з перинатального центру та пологових будинків міста й області до 6-ї доби життя, друга половина – це діти, які отримували лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії і були переведені в середньому на 10–15 дні життя. Структура захворюваності представлена такими патологіями, як: перинатальні ураження ЦНС різного генезу і ступеня тяжкості, внутрішньоутробні інфекції, бронхолегенева дисплазія, уроджені вади розвитку, некротичний ентероколіт, затримка внутрішньоутробного розвитку. Слід відмітити, що у більшості дітей (85–92 %) відмічається поєднана патологія. У відділенні функціонує 40 ліжок субінтенсивного виходжування, 20 – спільного перебування. Середній термін перебування дітей на стаціонарному ліжку (з урахуванням попередніх етапів) – 35–45 днів, у відділенні – 25–28 днів.

Проведено анонімне анкетування матерів, дітей яких виходжували у відділенні. Це були жінки різного віку: 26–35 років (59 %), 18–25 років (30 %), старші 35 років (7 %), молодші 18 років (3 %). Більшість з них мала вищу (67 %) та спеціальну середню (22 %) освіту. В кожній третій жінки (29,6 %) дитина була другою або третьою. Всім запропоновано запитання, суть яких полягала в готовності доглядати за недоношеною дитиною, яка отримує інтенсивне лікування, психологічному комфорту при догляді за дитиною, активній участі у виходжуванні та вигодовуванні, обговоренні діагностичних та лікувальних процедур, вмінні виконувати необхідні процедури та оцінювати стан дитини, готовності до виписування і самостійного догляду в домашніх умовах, бажанні надати психологічну та будь-яку підтримку іншим жінкам, довірі та формуванні партнерських взаємовідносин з медичним персоналом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Анкети жінок були розділені на 3 групи: 1-ша група (55 %) – матері, які почали доглядати за дітьми з 1–3 днів; 2-га група (33 %) – на другому тижні (7–14 дні); 3-тя група (12 %) – матері, які не перебували з дітьми постійно (за різних обставин). Майже усі жінки (94 %) мали бажання і були готові допомагати своїй дитині незалежно від її маси при народженні й стану, в якому дитина перебувала. Вони писали «Я готова робити будь-що, аби їй було краще». Матері, які раніше стали доглядати за дітьми, комфортно почували себе біля них, не відчували тривоги (84 %), вважали себе активними учасниками обстеження і лікування дітей (79 %). Більшість (69 %) відмітила, що вже на 3–4 добу впевнено виконувала такі навички, як годування, в тому числі й годування через зонд, зміна положення у ліжечку, тримання на руках, гігієнічні про-

цедури. Майже всі (92 %) відповіли, що не мають труднощів при виконанні будь-яких процедур. Ці матері виглядали більш врівноваженими і формували позитивний психологічний клімат у відділенні, а 65 % з них були готові підтримувати інших жінок. У більшості з них (85 %) була впевненість у позитивних результатах лікування. Вони могли оцінити стан дитини, добре розуміли поведінкові реакції та особливості своїх дітей (74 %). Ці навички дуже важливі, щоб скласти індивідуальні графіки процедур для дитини. Готовність до виписування і догляду в домашніх умовах відмітили 93 % жінок. Респонденти цієї групи мали високий ступінь довіри до медичних працівників (98 %).

Респонденти 2-ї групи (65 %) також швидко оволоділи навичками, але впевненість з'явилась тільки на 6–7 день догляду. Невпевненість у своїх діях відчували 32 %, труднощі при виконанні процедур мали 24 %, їм були необхідні постійні консультації та допомога медичних працівників. Слід відмітити, що підвищений рівень тривоги в цій групі мали 40 % матерів, а в позитивних результатах лікування сумнівалися 18 %. Не відчували психологічного комфорту й вимагали тривалих спілкувань 30 % респондентів даної групи. Повністю довіряли медичним працівникам 87 %. До виписування та догляду в подальшому були готові 93 %, але сподівалися на консультативну допомогу і надалі.

На більшість запитань респонденти 3-ї групи відповідали «Не можу оцінити», «Маю сумніви», «Не впевнена» (63 %). Біля дітей вони почували себе «зайвими», в основному наглядали за діями медичних працівників. Простими навичками догляду оволоділи 86 % жінок, але жодна з них не могла оцінити стан дитини та її поведінкові реакції. В них було мало запитань стосовно обстеження та лікування, частіше запитували «Коли нас випишуть додому?». Більшість (87 %) була готова до виписування дитини, при цьому маючи на увазі «Вдома і стіни допомагають», «У мене буде багато помічників».

Слід відмітити, що майже всі жінки (98 %) позитивно поставилися до анкетування, вважаючи, що його результати можуть бути корисними для покращення догляду за їх малюками, та відмітили зацікавленість медичних працівників в інтересах і проблемах родини.

ВИСНОВКИ. 1. Чим раніше мати/родина мають можливість бути біля дитини, брати участь у виходжуванні, вигодовуванні, обговорювати діагностичні та лікувальні процедури з лікарем, тим вищий рівень їх психологічного комфорту, ступінь довіри до медичних працівників, більша впевненість у позитивних результатах.

2. Серед матерів, які відстрочено починають догляд за дитиною, відмічені тенденції, які свідчать, що оволодіння навичками виходжування відбувається швидше, ніж з'являються впевненість, психологічний комфорт, довіра до медичних працівників.

3. Особливої уваги патронажної служби заслуговують діти, матері яких не доглядали за ними постійно у відділеннях виходжування.

4. Зворотний зв'язок з родиною шляхом анкетування сприяє вдосконаленню організації сімейно

орієнтованого догляду у відділеннях, а також підвищує рівень довіри до медичних працівників.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Вважаємо за необхідне проводити постійне анкетування батьків дитини і в подальшому, що дозволить по-

ліпшити догляд за дитиною в стаціонарних умовах, налагодити спадкоємність у наданні медичної допомоги на амбулаторному етапі, буде сприяти катамне-стичному нагляду.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини (MATRIX - BABIES) : аналітично-статистичний довідник за 2011–2013 роки.

2. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate Committee on Fetus and Newborn // *Pediatrics*. – 2008. – № 122(5). – P. 1119–1126.

3. Sheldrick R. C. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review / R. C. Sheldrick, S. Merchant, E. C. Perrin // *Pediatrics*. – 2011. – № 128 (2). – P. 356–363.

4. Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. / H. Harrison // *Pediatrics*. – 1993. – Vol. 92. – P. 643.

5. Synnes A. R. Current status of neonatal follow-up in Canada /A. R. Synnes, F. Lefebvre, H. A. Cake // *Pediatr. Child. Health*. – 2006. – № 11(5). – P. 271–274.

6. Клінічна настанова з неонатології «Забезпечення лікувально-профілактичної допомоги дітям з гестаційним віком менше ніж 32 тижні та масою тіла менше ніж 1500 г». Програма «Здоров'я матері та дитини». – Україна–Швейцарія. – 2007.

Отримано 20.02.15