

A child life specialist szakemberek helye a magyarországi egészségügyi ellátás rendszerében

The position of child life specialists in the Hungarian health care system

Szerzők: Páll Nikoletta, Gorove Erzsébet, Baji Ildikó
Kulcsszavak: gyermekápolás; pszichés támogatás; gyermek; szülő; child life specialist
Keywords: paediatrics; psychological support; child; parent; child life specialist

Beküldve: 2021. 02. 20., doi: [10.24365/ef.v62i3.6143](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6143)

Összefoglaló

Bevezetés: A gyermekek kórházi kezelése során nyújtott pszichés támogatás és gyermekbarát ellátás mind a hazai, mind a nemzetközi kutatásokban kiemelt jelentőséggel bír. Külföldi kórházak gyermekgyógyászati osztályán és ambulanciáján child life specialist szakember segít a gyermekeknek és családoknak megbirkózni a kórházi ellátás, a betegség és a fogyatékosság kihívásaival.

Célkitűzés: A vizsgálat során a magyarországi gyermekellátás során nyújtott pszichés felkészítést és támogatást vizsgáltuk szülői vélemények alapján. Célunk volt továbbá, hogy megismerjük a gyermekápolók véleményét és tevékenységeit a gyermekek pszichés felkészítésével és támogatásával kapcsolatban. További célunk volt a kutatás eredményeinek tükrében, hogy bizonyítsuk a már nemzetközileg elterjedt és bizonyítottan pozitív hatású ellátási rendszer magyarországi adaptációjának szükségességét.

Módszer: A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gyermekápolási tagozatának tagjai, és kórházban kezelt gyermekek szüleinek körében végzett online, kvantitatív, kérdőíves felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós elemzése.

Eredmények: A kérdőíveket 566 szülő és 361 gyermekápoló töltötte ki. Az ápolói és szülői vélemények a gyermekek pszichés felkészítéséről és támogatásáról eltérőek, az ápolók sokkal jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A szülői vélemények szerint a gyermekek felkészítése kevés esetben történik meg, a gyermekbarát ellátásra vonatkozó értékelésüket nagyban befolyásolta a felkészítés gyakorisága.

Következtetés: A child life specialist szakemberek munkájára a magyarországi gyermekellátási rendszerben is szükség van, ezért fontos lenne ezen szakma magyarországi adaptációjának kidolgozása, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit.

Summary

Introduction: Psychological support and child-friendly health care provided during children's hospitalisation are particularly emphasised in both national and international research. As regards paediatrics in foreign hospitals, a child life specialist supports children and their families to cope with difficulties occurred during hospital care and with challenges caused by illnesses and handicaps.

Aims: Within the frame of this research, psychological preparation and support provided in Hungarian paediatrics were investigated on the basis of parents' responses. Our further aim was to get acquainted with the opinions and work of paediatric nurses in relation to children's psychological preparation and support. Our following goal was to demonstrate the necessity of developing a Hungarian version of such health care provision that has already been internationally widespread and that has definitely proved to have positive effects.

Methods: A descriptive and multivariate analysis was carried out relying on the results of online quantitative questionnaires filled in by members of the Chamber of Hungarian Health Care Professionals (Paediatric Department) and by parents of hospitalised children.

Results: Our questionnaires were filled in by 566 parents and 361 paediatric nurses. Nurses' and parents' views about children's psychological preparation and support differed. According to parents' responses, children's preparation was carried out in few cases, whereas nurses assessed the performance of this task to be much better. As a result, the frequency of preparation obviously influenced parents' evaluation of child-friendly care.

Conclusion: In Hungary the work of child life specialists is considered to be needed in the field of paediatrics. Thus, it would be essential to specify the employment of these specialists drawing special attention to their position in the system of health care provision or to their educational requirements regarding competences.

BEVEZETÉS

A gyermekek kórházi kezelése során fontos a pszichés támogatás, mely magában foglalja a gyermekbarát környezet és ellátás biztosítását, az életkornak megfelelő kommunikációt és tájékoztatást, a gyermek korának és mentális szintjének megfelelően alkalmazott stresszcsökkentő módszereket és a szülői jelenlét biztosítását.¹ Mivel a család fontos szerepet játszik a gyermek egészségének helyreállításában, és a gyermeknek joga van a kapcsolattartáshoz, ezért a beteg- és család-központú gondozás (*patient-centered and family-centered care, PFCC*) napjainkban már minden gyermekosztályon természetes jelenség. Ezért a kórházi kezelés során nem csak a gyermek, de a család pszichés támogatása is alapvető fontosságú.^{2,3,4} Számos vizsgálat foglalkozik a gyermekek kórházi kezelésének, mint stresszteli életeseménynek a szülőkre gyakorolt hatásaival. A gyermekek kórházi kezelése során Olsson és mtsai Svédországban 48 szülővel végeztek felmérést, melyben az Események Hatása Kérdőívet (*Impact of Event Scale-Revised, IES-R*) használták. Vizsgálatukban legmagasabb értéket, azaz közepesen magas szorongást mutatott ki szülőknél a stresszes helyzetek és negatív események újraélését mérő IES-R emléketörés alskálája.⁵ A kórházi kezelését követő 3. hónapban Franck és mtsai Angliában 108 szülővel végzett vizsgálatban közel azonos eredményekről számoltak be.⁶

A gyermekek ellátása során elengedhetetlen az érzelmi munka, az érzelmi odafordulás, az empátikus törődés a gyermekkel és családjával.⁷ Az ápolók lelki megterhelését befolyásolja a gyermekek érzelmi állapota, mivel a gyermekeket érintő helyzetek gyakran nagyobb pszichológiai hatással bírnak, ezért körükben nagyobb a másodlagos traumatizáció (*secondary traumatization stress, STS*) kockázata is. Az STS olyan érzelmi és viselkedési zavart jelent, amit mások

által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz.⁸ Így a gyermekek orvosi ellátásra történő pszichés felkészítése és lelki támogatása hatással van az ápolók érzelmi kimerülésének szintjére is.⁹

HÁTTÉR

Külföldön a *child life specialist (CLS*, amit a gyermek pszichés jóllétét támogató szakemberként fordíthatnánk) alap- (BSc) vagy mesterképzés (MSc) végzettségű, a gyermek-gyógyászat területén dolgozó egészségügyi szakember, aki a kórházi és ambuláns ellátásban dolgozó csapat tagja. Ezen szakemberek lelki támogatást nyújtanak a gyermekek és családjuk számára a kórházi kezelés előtt, alatt és szükség esetén a gyászban is. A gyermekeket koruknak megfelelően készítik fel a beavatkozásokra, melyhez játékokat, meséket, nagyobb gyermekeknél táblagépes és telefonos alkalmazásokat használnak. A CLS-ek beavatkozások közben figyelemelterelést alkalmaznak, melyet játékkal, buborékfújóval, mesével, csecsemőknél simogatással és ringatással végeznek. Felmérik a gyermek érzelmi állapotát, szükség esetén további szakemberek (például pszichológus) bevonását kérhetik. Gyermekbarát légkört teremtenek a kórházi osztályokon (például játszósobák kialakításával), és gyermekbarát vagy szabadidős programokat szerveznek, melyek segítenek a stresszmentes környezet létrehozásában és részt vesznek a gyermekek és szülők edukációjában. Ezen szakemberek tevékenységének fontosságát és hatékonyságát számtalan gyermekgyógyászati területen kutatásokkal is bizonyították.^{10,11,12,13,14,15}

A kórházi tartózkodás alatt átélt gyermeki szorongás fokozza a fájdalomérzetet, így ennek nem megfelelő enyhítése hatással lehet a jövőbeli fájdalomtoleranciára és fájdalomreakcióra.¹⁶ A CLS-ek munkájának egyik alkotóeleme a

fájdalomkezelés, melynek leghatásosabb módszerei a megnyugtatás, felkészítés, játékterápia, és figyelemelterelés.¹⁷ A játék-terápia kiemelt jelentőségű, Mohan és mtsai egy 123 fő részvételével zajlott indiai kutatásban 4–15 éves gyermekek körében bizonyították, hogy fájdalmas beavatkozások után a játékterápia ugyanolyan hatásos volt, mint az Entonox¹ terápia.¹⁸ A CLS-ek a gyermekeket játék és könyvek segítségével készítik fel a műtetre, utána pedig figyelemelterelést alkalmaznak. Meletti és mtsai 118 2–8 év közötti gyermeket és szüleit vizsgálta: a minta fele részesült műtét előtti felkészítésben, másik fele pedig kontrollcsoportként nem. A felkészítésben részesült gyermekek és szülők szorongásának mértéke szignifikánsan alacsonyabb volt a kontrollcsoportéhoz képest.¹⁹ A CLS-ek gyermekellátásba történő bevonásával az altatások szükségessége is csökkenthető az egyes beavatkozásoknál és vizsgálatoknál. A mágneses rezonancia vizsgálatokra való felkészítés során hang- és képfelvételeket mutatnak a gyermeknek, hogy ne szorongjanak a vizsgálat során.^{20,21} Egy 425 fővel zajló, sugárterápiával kezelt 3–12 éves gyermekek körében zajló felmérés során megállapították, hogy a CLS-ek munkája segít közel felére csökkenteni a napi altatások szükségességét, különösen a 3–8 éves gyermekek esetében.^{22,23} Nem csak a vizsgálatoknál, de az ápolási beavatkozásoknál is nagy szerepe van a felkészítésnek. Murag és mtsai 240 gyermek körében (átlag életkor: 7 év) mérték fel a CLS-ek munkájának hatását intravénás kanulálás során, melyben bizonyították, hogy a beavatkozás során szignifikánsan nyugodtabbak és együttműködőbbek voltak a gyerekek.²⁴ Egy másik vizsgálatban a szülők is pozitívan értékelték a CLS-ek munkáját, véleményük szerint az általuk nyújtott lelki támogatás sokat segített a kórházi kezelés ideje alatt.²⁵ A CLS-ek munkájának pozitív hatása van az ápolók munkájára is, ez utóbbiak véleménye szerint a felkészített gyermek nyugodtabb, esetükben a beavatkozások könnyebben és gyorsabban kivitelezhetőek. A gyermekek kevésbé szoronganak, ezért kevesebb negatív szituációt tapasztalnak az ellátásukban részt vevők is. Az ápolók a beavatkozásokra való felkészítést és a figyelemelterelő technikákat tartják a leghasznosabbnak, így jobban összpontosíthatnak ők is a beavatkozásokra, mindezt a

CLS-ek nélkül nem minden esetben tudnák biztosítani a gyermekeknek időhiány miatt.⁹

CÉLKITŰZÉSEK

Általános célul egy gyermekápolók és kórházban kezelt gyermekek szülei körében végzett felmérés lefolytatását tűztük ki, mely a gyermekek és szülők pszichés felkészítését és támogatását vizsgálta. Ennek eredményeit felhasználva javaslatokat tehetünk a bizonyítottan pozitív hatású CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációjának kidolgozására, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit, területeit.

MÓDSZERTAN

Mintavételi eljárás

Kérelemben benyújtott kutatási tervünket az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-ethikai bizottsága megvizsgálta, és a szakmai etikai engedélyt az ETT TUKEB 31352-3/2019/EKU számon megadta.

A vizsgálatot megalapozó elektronikus kérdőívet a Google kifejezetten online kérdőívek programozására szolgáló alkalmazásában fejlesztettük. Gyermekeápolók részére kérdőívünket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével juttattuk el úgy, hogy a Kamara azt honlapján megjelentette, illetve hírlevelében elküldte a feliratkozottak személyes e-mail-címére. Az ápolói kérdőív a Facebook „Tankórterem” nevű oldalán szintén megosztásra került.

A szülői kérdőívet minimum 3 napig kórházban kezelt 0–14 éves gyermekek szüleinek körében töltöttük ki. A szülők részére készült kérdőívünket egyéni megkeresés nyomán egy hazai pedagógus-továbbképző cég regisztrált oktatóknak küldte el, valamint iskolák és a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet „Gyógy-hírek” Facebook-oldalán is megjelentették. Az adatfelvétel 2019. július 1. és 2020. január 31. között zajlott, s ebben az időszakban 566 szülői és 361 gyermekápolói kitöltés érkezett az online felületre. A felmérés ideje alatt beérkező valamennyi kérdőív értékelhető volt.

¹ Fájdalomcsillapító gáz, ami az oxigén és dinitrigén-oxid kombinációja, nevetőgázként is ismert.

Mérőeszközök

Gyermekápolói kérdőív

A kérdőív 62 kérdésből állt: I. kutatásba való beleegyezés (3 item), II. szociodemográfiai kérdések (8 item), III. gyermekek átlagos ápolási napjainak száma, szülői jelenlét gyakorisága, gyermekek kórházi ellátásában történő pszichés felkészítésének jellemzői (26 item), IV. a gyermekápolók érzelmi megterhelésének feldolgozására vonatkozó kérdések (24 item). A kérdőív 42 zárt és 11 nyitott kérdést, valamint 9 item esetében 5 fokozatú Likert-skálát tartalmazott.

Szülői kérdőív

A kérdőív 40 kérdésből állt: I. kutatásba való beleegyezés (3 item), II. szociodemográfiai kérdések szülőre (5 item) és gyermekre (8 item) vonatkozóan, mint a gyermek neve, kora, a kezelés ideje és időtartama, előző betegségei, előző kórházi megjelenéseinek száma és oka, III. a gyermek kórházi ellátására, a gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések (24 item), melyekben vizsgáltuk a szülő és a gyermek félelmét, pszichés megterhelését a kórházi ellátás alatt, illetve a felkészítéssel való elégedettséget, és a kórház gyermekbarát megítélését. A kérdőív 21 zárt, 6 nyitott kérdést és 12 item esetében 5 fokozatú Likert-skálát tartalmazott.

Események Hatása Kérdőív

Kérdőívünkben az IES-R továbbfejlesztett, magyar változatát használtuk, amely a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát méri 5 fokozatú Likert-skálán.²⁶ A skála pontozása 0–4 között történik, a 0, egyáltalán nem voltak jellemzők és a 4, mindig jellemzők voltak végpontok között. Az IES-R kérdőív alszkálái az emléketörés (a történetek újraélése), elkerülés (traumára emlékeztető ingerek aktív elkerülése) és a hiperarousal (a külvilág ingereivel szembeni fokozott érzékenység) voltak. A szülőknél gyermekük betegségének idejére vonatkozóan kellett meghatározniuk, hogy az egyes állítások mennyire voltak rájuk jellemzők, míg az ápolóknak a legutóbbi munkájuk során tapasztalt negatív esemény hatásait kellett felidézniük. A magasabb

pontszám magasabb szubjektív distressz-szintet jelentett a kórházi ellátás kapcsán.

Adatfeldolgozás és -elemzés

Az adatok feldolgozását és elemzését az SPSS 25.0 statisztikai programcsomag (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük. Az elemzés során az egyes kérdésekre adott válaszok relatív gyakorisági eloszlását, a képzett indexek esetében emellett azok leíró statisztikáit vizsgáltuk. Elemzést megelőzően az IES-R alszkála értékek alszkálánként $\log(x+1)$ transzformálva lettek eloszlásuk normalizálása érdekében. Annak összehasonlítása, hogy átlagosan mekkora IES-R alszkála értékek jellemezték a szülőket és ápolókat, mindhárom alszkála esetén Welch-féle t-teszt került alkalmazásra. Az ordinális pontszám változókat ordinális regresszió alkalmazásával elemeztük. Azokat a kérdéseket, melynél több válasz is megjelölhető volt, kontingencia táblák elemzésével, chí-négyzet-próbával teszteltük. További kérdések elemzése chí-négyzet-próbával történt és Mann–Whitney U-tesztekkel lettek összehasonlítva.

EREDMÉNYEK

Az ápolókra és a szülőkre vonatkozó demográfiai mutatók alakulását az 1. táblázatban mutatjuk be. A gyermekek átlagéletkora az ellátás idejében 4,40 év (SD = 3,846, Min. = 0, Max = 14) volt. Átlagosan 7,28 napot (SD = 10,763, Min. = 3, Max. = 100) töltöttek kórházban, mely közel megegyezik az ápolói mintán vizsgált adatokkal. Az ápolói válaszok alapján a gyermekek átlagosan 6,45 napot töltöttek el a vizsgálatban részt vett egészségügyi intézményekben (SD = 8,652, Min. = 0, Max. = 70). A kórházi kezelés 38,1% esetében egy éven belül, 61,8% esetében több, mint egy éve történt. A vizsgálatban részt vett gyermekek ezt az alkalmat megelőzően átlagosan: 1,70 alkalommal (SD = 3,268, Min. = 0, Max. = 35) részesültek már kórházi kezelésben. A szülőik válasza alapján 57,2%-uk a kórházi kezelés során minden beavatkozás alkalmával gyermeke mellett volt, 40,8%-uk csak részben, 1,9%-uk pedig nem tudott a gyermeke mellett maradni. Az ápolók becslése szerint a szülők 29,6%-a folyamatosan gyermeke mellett volt a

kórházi kezelés során, 62,3%-uk csak részben és 8%-uk nem volt jelen. A szülői válaszok alapján a jelenlétet befolyásolta a gyermek betegsége ($p = 0,014$), a kezelés időtartama: hosszabb kezelési idő alatt kevesebbszer volt gyermeke

mellett a szülő), valamint az ellátási osztály: a szülői jelenlét ideje az intenzív és koraszülött osztályokon kezelt gyermekek esetében volt a legalacsonyabb.

1. táblázat: A válaszadó ápolók és szülők szociodemográfiai mutatói

	Ápoló (n = 361 fő)	Szülő (n = 566 fő)																		
Nem	Nő: 98,3%, férfi: 1,7%	Nő: 96,6%, férfi: 3,4%																		
Életkor	Átlag: 40,37, SD: 11,222, Min.: 18, Max.: 66	Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82																		
Legmagasabb iskolai végzettség	<table border="1"> <tr> <td>Segédápoló</td> <td>1,38%</td> </tr> <tr> <td>Szakápoló (OKJ)</td> <td>75,62%</td> </tr> <tr> <td>Diplomás ápoló (BSc)</td> <td>19,11%</td> </tr> <tr> <td>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</td> <td>3,88%</td> </tr> </table>	Segédápoló	1,38%	Szakápoló (OKJ)	75,62%	Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	<table border="1"> <tr> <td>Szakközépiskola</td> <td>24,7%</td> </tr> <tr> <td>OKJ</td> <td>17,1%</td> </tr> <tr> <td>Főiskola/BSc/BA</td> <td>32,3%</td> </tr> <tr> <td>Egyetem/MSc/MA</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>Egyéb</td> <td>0,8%</td> </tr> </table>	Szakközépiskola	24,7%	OKJ	17,1%	Főiskola/BSc/BA	32,3%	Egyetem/MSc/MA	25,0%	Egyéb	0,8%
Segédápoló	1,38%																			
Szakápoló (OKJ)	75,62%																			
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%																			
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%																			
Szakközépiskola	24,7%																			
OKJ	17,1%																			
Főiskola/BSc/BA	32,3%																			
Egyetem/MSc/MA	25,0%																			
Egyéb	0,8%																			
Hány éve dolgozik gyermekápolóként?	Átlag: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45																			
Családi állapot	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>31,58%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>68,42%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	31,58%	Párkapcsolatban él	68,42%	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>10,07%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>89,93%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	10,07%	Párkapcsolatban él	89,93%										
Egyedülálló	31,58%																			
Párkapcsolatban él	68,42%																			
Egyedülálló	10,07%																			
Párkapcsolatban él	89,93%																			
Saját gyermekek száma	Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7																		
	Ápoló (n = 361 fő)	Szülő (n = 566 fő)																		
Nem	Nő: 98,3%, férfi: 1,7%	Nő: 96,6%, férfi: 3,4%																		
Életkor	Átlag: 40,37, SD: 11,222, Min.: 18, Max.: 66	Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82																		
Legmagasabb iskolai végzettség	<table border="1"> <tr> <td>Segédápoló</td> <td>1,38%</td> </tr> <tr> <td>Szakápoló (OKJ)</td> <td>75,62%</td> </tr> <tr> <td>Diplomás ápoló (BSc)</td> <td>19,11%</td> </tr> <tr> <td>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</td> <td>3,88%</td> </tr> </table>	Segédápoló	1,38%	Szakápoló (OKJ)	75,62%	Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	<table border="1"> <tr> <td>Szakközépiskola</td> <td>24,7%</td> </tr> <tr> <td>OKJ</td> <td>17,1%</td> </tr> <tr> <td>Főiskola/BSc/MA</td> <td>32,3%</td> </tr> <tr> <td>Egyetem/MSc/MA</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>egyéb</td> <td>0,8%</td> </tr> </table>	Szakközépiskola	24,7%	OKJ	17,1%	Főiskola/BSc/MA	32,3%	Egyetem/MSc/MA	25,0%	egyéb	0,8%
Segédápoló	1,38%																			
Szakápoló (OKJ)	75,62%																			
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%																			
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%																			
Szakközépiskola	24,7%																			
OKJ	17,1%																			
Főiskola/BSc/MA	32,3%																			
Egyetem/MSc/MA	25,0%																			
egyéb	0,8%																			
Hány éve dolgozik gyermekápolóként?	Átlag: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45																			
Családi állapot	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>31,58%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>68,42%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	31,58%	Párkapcsolatban él	68,42%	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>10,07%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>89,93%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	10,07%	Párkapcsolatban él	89,93%										
Egyedülálló	31,58%																			
Párkapcsolatban él	68,42%																			
Egyedülálló	10,07%																			
Párkapcsolatban él	89,93%																			
Saját gyermekek száma	Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7																		

Forrás: saját szerkesztés

Az ápolói beavatkozások pszichés felkészítésére vonatkozó adatok

A kórházi gyermekbarát ellátás megítélésében szignifikáns eltérést találtunk ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 56 742) a szülői és az ápolói megítélés között: 5 fokozatú skálán az ápolók magasabbra értékelték ennek megvalósulását. A gyermekbarát ellátás megítélését vizsgáltuk a gyermekek betegségével és a kórházi osztály profiljával kapcsolatosan: a kórházi osztály profilja a gyermekbarát ellátás megítélésével összefüggést mutatott ($p = 0,001$, $df = 11$), melynek értékelése az intenzív osztályon és a sürgősségi osztályokon volt a legalacsonyabb.

Abban a kérdésben, hogy mennyire tartják fontosnak a gyermek életkorának és mentális állapotának megfelelő pszichés felkészítést az ápolói beavatkozások előtt, szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között ($p = 0,004$, Mann-Whitney U-próba = 78 322), ennek fontosságát egy 1–5-ig terjedő skálán szülők magasabbra értékelték.

Ugyanezen skála segítségével azt is felmértük, mennyire volt jellemző a gyermekek kórházi kezelése során, hogy elmagyarázták, illetve játékkal bemutatták a beavatkozás menetét. A szülői tapasztalatok alapján ennek átlaga 2,03

volt ($SD = 1,362$), amely inkább a „nem történt ilyen” válaszhoz közelített. Ezzel ellentétben az ápolók ezt a kérdést átlagosan 4,38-ra, „legtöbb esetben megtörténtként” ($SD = 0,896$) értékelték, amely szignifikáns különbséget mutatott ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 19 299) a két csoport között. Az ápolási beavatkozások és a felkészítés gyakoriságát a szülői és ápolói vélemények alapján a 2. táblázatban mutatjuk be.

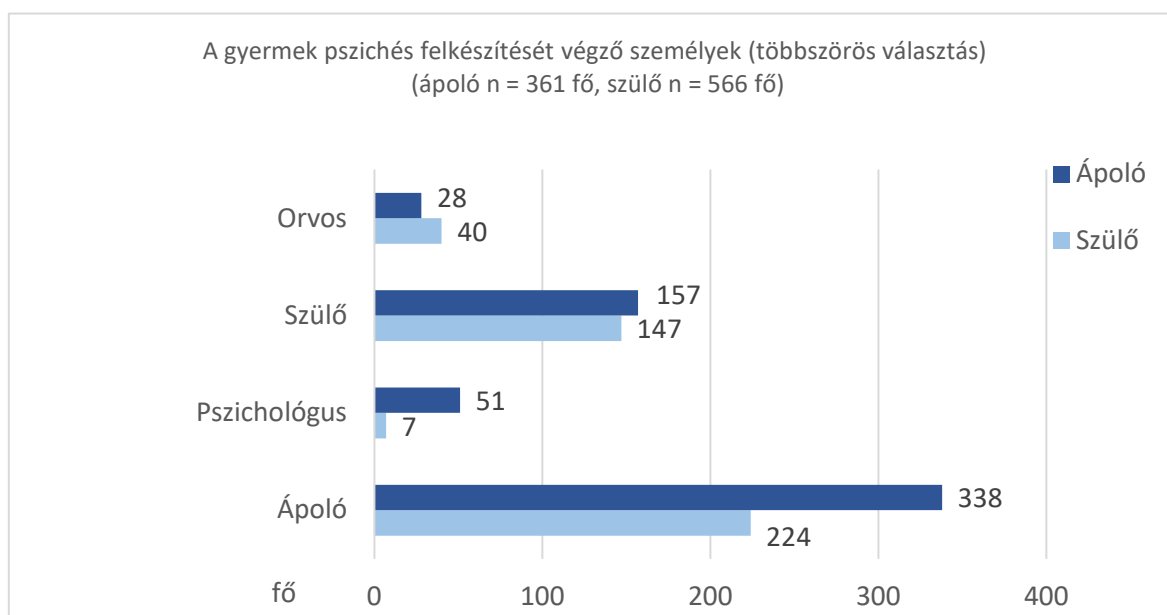
Szintén 1–5-ig terjedő skálán a szülők átlagosan 2,69-re ($SD = 1,494$) „esetek felében megtörténtre” értékelték a gyermek felkészítését és tájékoztatását a kórházi kezelés során. A felkészítés gyakorisága összefüggést mutatott a gyermek betegségével ($p = 0,015$, $df = 36$) és a kórházi osztály profiljával ($p < 0,001$, $df = 11$). Mindkét csoport eredményei alapján az onkológiai, traumatológiai és belgyógyászati betegségeknel az átlaghoz képest gyakrabban történt meg a gyermek pszichés felkészítése és támogatása, míg műtétek előtt, illetve a koraszülöttek és csecsemők ellátása során ez nem volt jellemző. A kórházi osztályok profiljával kapcsolatban a sebészeti és belgyógyászati osztályon magasabb arányban, míg a csecsemő- és intenzív osztályon nem volt jellemző a gyermek pszichés felkészítése és támogatása. A felkészítést leggyakrabban az ápolók és a szülők végezték. [1. ábra]

2. táblázat: Az ápolási beavatkozások és felkészítések gyakorisága

Ápolási beavatkozás	Szülő		Ápoló	
	Beavatkozás gyakorisága (eset)	Felkészítés gyakorisága (eset)	Beavatkozás végzése (eset)	Felkészítés gyakorisága (eset)
Vérnyomásmérés	368	86	305	256
Pulzoximetria	187	35	292	231
Oxigénterápia	83	11	197	187
Inhalációs terápia	146	31	188	193
Injekciózás	275	59	240	250
Lázmérés	480	58	324	213
Vérvétel	496	133	319	311
Perifériás kanül bevezetése	465	153	305	305
Infúzió adása	402	75	310	271
Gyógyszerelés	369	39	311	251
Ágyban mosdatás	59	6	130	120
Ágyban ürítés (ágytál, kacsza, bili)	74	9	134	122
Sebktözés	10	2	12	3
Orrváladék eltávolítás	4	0	8	1

Forrás: saját szerkesztés

1. ábra: A gyermek felkészítését végző személyek megoszlása

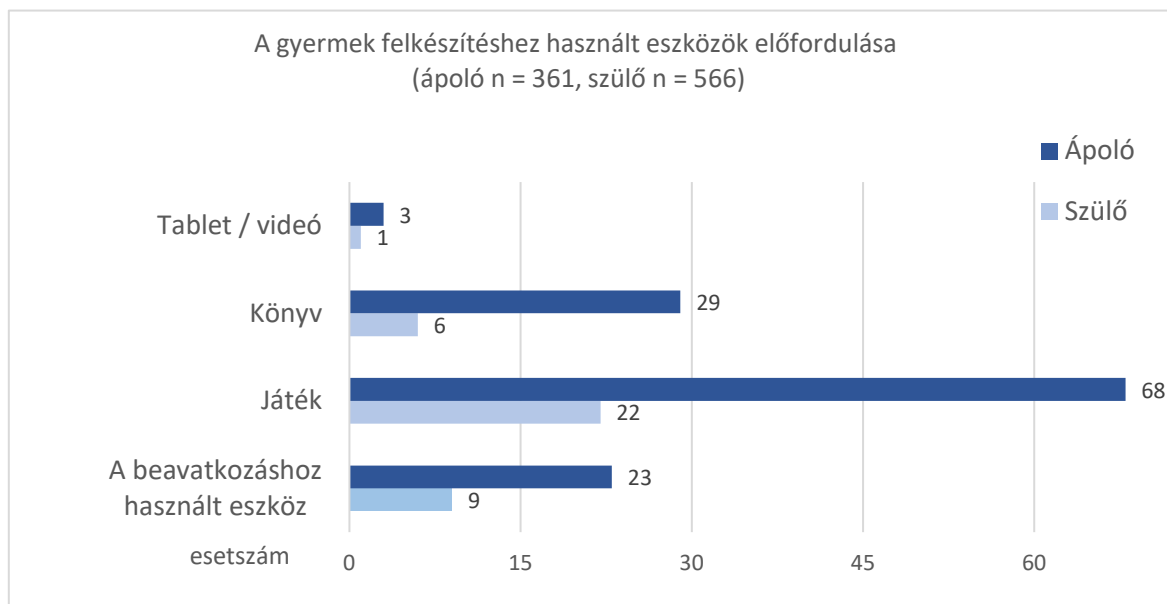


Forrás: saját szerkesztés

Az ápolók a felkészítést legtöbb esetben (304 fő) a gyermek igényeinek és lelkiállapotának megfelelően végzik, míg 128-an ezt az idejüktől teszik függővé. A gyermekápolók 67%-a szerint a felkészítések azért nem rendszeresek, mert nincs rá elegendő idejük, vagy a szülő megteszi

ezt helyettük. Az ápolók véleményük szerint gyakrabban használtak eszközt a felkészítéshez ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 48 625), mint a szülők, mely legtöbbször játék vagy könyv volt. [2. ábra]

2. ábra: A gyermek felkészítéséhez használt eszközök

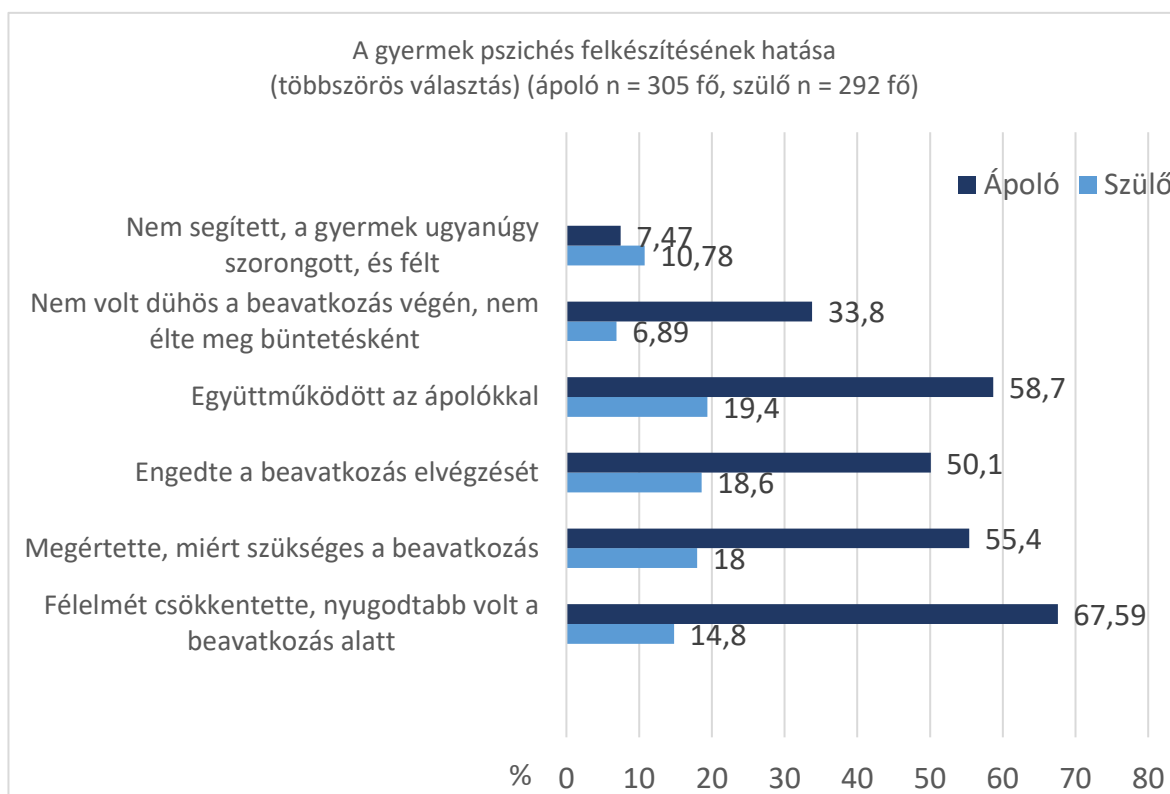


Forrás: saját szerkesztés

Amennyiben történt pszichés felkészítés, az az ápolói és szülői vélemények szerint is a legtöbbször pozitívan hatott a gyermekre. [3. ábra] Az

ápolók szerint ez szignifikánsan többször ($p < 0,001$, $df = 9$) volt tapasztalható.

3. ábra: A gyermek pszichés felkészítésének hatása



Forrás: saját szerkesztés

A pszichés támogatásra vonatkozó eredmények

A kórházi kezelés során egy 5 fokozatú skálán a gyermekek lelki megterheltségét az ápolók szignifikánsan magasabbnak ítélték ($p = 0,004$, $df = 4$), mint a szülők. A szülői vélemények szerint a kórházi kezelés az onkológiai, kora-szülött és fül-orr-gégészeti osztályon terhelték meg legjobban a gyermeket ($p < 0,001$, $df = 11$), míg az ápolók a sebészeti, intenzív és onkológiai osztályokon értékelték ezt magasabbnak ($p < 0,001$, $df = 11$).

A szülők szignifikánsan magasabbnak osztályozták kórházi ellátástól való félelmüket és a lelki megterheltségüket a kezelés alatt, mint gyermekükét ($p < 0,001$, $df = 1$). A szülői lelki megterheltségének értéke szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek életkorával: minél fiatalabb volt a gyermek, annál magasabb volt a szülői szorongás mértéke ($p < 0,001$, $df = 17$), mindemellett azok a szülők, akiknek több gyermekük is volt, szignifikánsan magasabbnak értékelték ($p = 0,040$, $df = 7$) szorongásukat. A szülői pszichés megterheltsége a gyermek betegségével is

összefüggött, szignifikánsan magasabb értékek ($p = 0,007$, $df = 36$) voltak kimutathatók azoknál a szülőknél, akinek gyermekét daganatos, kardiológiai, újszülöttkori megbetegedés vagy kora-szülöttség miatt kezelték. A szülők közel 70%-a nem kapott lelki támogatást a kórházi kezelés során, pedig nagy részük igényelte volna. Azokban az esetekben, ahol a gyermek lelki támogatását a szülők pozitívan értékelték, alacsonyabb ítélték saját szorongásuk mértékét ($p = 0,000$, $df = 1$).

Egy 1–5-ig terjedő skálán az ápolók szignifikánsan jobbnak, a gyermek életkorának és értelmi szintjének megfelelőnek ítélték a gyermekek szorongásának, tiltakozó reakciójának beavatkozások alatti kezelését, mint a szülők ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 48 586). Azon esetekben, amikor a gyermeket felkészítették, a szülők szignifikánsan magasabbnak értékelték a gyermek pszichés támogatását ($p < 0,001$, $df = 1$). Összességében a gyermekek pszichés támogatását a kórházi ellátás során az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték meg, mint a szülők ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 42 156).

Ápolói pszichés terhelésre vonatkozó eredmények

Az ápolók egy 1–5-ig terjedő skálán közel 4-re, vagyis lelkileg megterhelőnek értékelték munkájukat, mely a gyermekek átlagos ápolási napjainak számával és a gyermek pszichés megterheltségének megítélésével összefüggést mutatott. Az ápolók szignifikánsan megterhelőbbnek érzik munkájukat rövidebb ápolási idő esetében ($p < 0,001$, $F = 12,930$, $df = 22$). Azokban az esetekben, ahol az ápolók szerint a kórházi ellátás jobban megterhelő volt a gyermek számára, munkájukat is lelkileg megterhelőbbnek értékelték ($p < 0,001$, $df = 4$, $khí-négyzet = 60,807$). Az ápolók 5 fokozatú skálán közepesre

(Átlag = 3,20 SD = 1,158) értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és 62%-uk szükséges tartaná egy segítő szakember jelenlétét az osztályon.

Az Események Hatása Kérdőív eredményei

Az IES-R kérdőívvel a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát vizsgáltuk szülőknél és ápolóknál. Az emléketörés, elkerülés és hiperarousal alskálák értékei összehasonlításra kerültek a két csoport között: a szülők esetében magasabb átlagpontoszámokat láthatunk mindhárom alskála esetében. [3. táblázat]

3. táblázat: IES-R alskálák értékei

IES-R alskálák	Csoport	Átlag	Szórás
Emléketörés	Ápoló	1,115	0,838
	Szülő	1,604	1,101
Elkerülés	Ápoló	1,111	0,780
	Szülő	1,181	0,807
Hiperarousal	Ápoló	0,705	0,690
	Szülő	1,267	1,021

Forrás: saját szerkesztés

A szülőknél szignifikánsan magasabb eredményeket mutatott az emléketörés ($p < 0,001$, $F = 4,8560$, $df = 744$) és a hiperarousal alskála ($p < 0,001$, $F = 8,2700$, $df = 774$). [4. táblázat] Azon szülők esetében, akiknek gyermekét a beavatkozásokra pszichésen felkészítették, az

elkerülés ($p = 0,03$, $F = 4,362$) és az emléketörés alskálák ($p = 0,046$, $F = 3,996$) szignifikánsan alacsonyabb értékeket mutattak, mint azon szülőknél, akiknek gyermeke nem részesült felkészítésben.

4. táblázat: Az IES-R alskálák összehasonlítása szülői és ápolói eredmények alapján

IES-R alskálák	F-érték	P-érték	Szabadságfok
Emléketörés	48,56	0,000	774
Elkerülés	2,516	0,113	774
Hiperarousal	82,7	0,000	774

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk során a magyarországi gyermek-ellátásban dolgozó ápolók (n = 361 fő) és kórházban kezelt gyermekek szüleinek (n = 566 fő) tapasztalatait vizsgáltuk a gyermekek kórházi kezelés alatti pszichés felkészítésével kapcsolatban. Az elektronikus, önkitöltős kérdőív módszerét választottuk, melynek előnye, hogy az ország több pontjára eljutva széles körben kaphatunk adatokat.

Kutatásunk során fontosnak tartottuk, hogy mind a szülői, mind az ápolói véleményeket és tapasztalatokat megismerjük. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kórházi ellátás során a gyermekek vizsgálatokra és beavatkozásokra való pszichés felkészítése és támogatása tekintetében a két csoport véleménye különböző, az ápolók sokkal jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A gyermek kórházi kezelése és a kérdőív kitöltése között eltelt idő nem volt hatással az eredményekre. A szülői jelenlét gyakoriságának kérdésében a válaszok eltérőek voltak a csoportok tekintetében: az ápolók ritkábban tapasztalták a folyamatos szülői ott-tartózkodást, a szülők pedig az intenzív és koraszülött osztályokon töltötték gyermekük mellett a legkevesebb időt. Az Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája (*American Academy of Pediatrics, AAP*) már 2001-ben az intenzív osztályokon is napi 24 órában engedélyezte a szülői jelenlétet és javasolta, hogy a család többi tagjának és a testvéreknek is lehetővé kell tenni a látogatást, melynek hatására világszerte elindultak az erre való törekvések.²⁷ Ezzel ellentétben Magyarországon az intenzív és koraszülött osztályok nagy részében csak napi pár óra látogatást engedélyeznek a szülőknek, melyet kutatási adataink is alátámasztanak.

A gyermekbarát ellátás megítélésében összefüggést találtunk a kórházi osztály profiljával: kutatási eredményeink szerint az intenzív és sürgősségi osztályokon kevésbé biztosítják a gyermekbarát ellátást.

Az ápolók jobbnak ítélik meg a gyermekek pszichés felkészítését és támogatását, míg a szülők tapasztalatai szerint a legtöbb esetben sem ők, sem a gyermekük nem kapott megfelelő érzelmi felkészítést és támogatást a kórházi kezelés során. A koraszülött- és csecsemőellátás során a szülők válaszaik alapján nem tartották fontosnak és nem értékelték milyen felkészítést, pszichés

támogatást nyújthatna a kórházi személyzet gyermeküknek. Ezzel megegyezően az ápolói válaszok, miszerint a csecsemő- és koraszülöttosztályokon nem valósul meg a gyermekek pszichés támogatása. A CLS-ek beavatkozások közben figyelemelterelést alkalmaznak csecsemőknél is (például ringa-tással, simogatással), azonban eredményeink azt mutatják, hogy ezek a módszerek jelenleg sem az ápolók sem a szülők számára nem ismertek.¹¹ Az ápolók legtöbbször a sebészeti és a belgyógyászati osztályon, a szülők pedig az onkológiai és traumatológiai ellátásban tapasztalták legtöbbször a gyermekek pszichés felkészítését. A Meletti és mtsai kutatásában bemutatott bizonyítottan pozitív hatással ellen-tétben kutatási eredményeinkben látható, hogy a legtöbb esetben műtétek előtt sem történik meg a gyermekek pszichés felkészítése.¹⁹ Mindkét csoport véleménye szerint legtöbbször játékot és a beavatkozáshoz tartozó eszközt használnak a felkészítéshez, a mindezek mellett ajánlott videók és tablet alkalmazása csak az ápolók szerint 3, a szülők szerint 1 esetben került említésre.^{12,13}

A gyermekek érzelmi megterhelését az ápolók magasabbra értékelték a kórházi ellátás során, mint a szülők. Ennek oka az lehet, hogy a szülők jobban koncentráltak saját pszichés megterhelésükre és ez elterelte figyelmüket gyermekük szorongásáról. A kisebb gyermekek onkológiai, kardiológiai és újszülött-ellátása esetén a szülői pszichés megterheltség mértéke magasabbnak bizonyult, mindemellett a szülő szorongását emelte amennyiben több gyermeke volt. A szülői szorongás alacsonyabb volt azokban az esetekben, ahol a gyermeknél történt pszichés felkészítés.

Az ápolók magasra értékelték saját pszichés megterheltségüket, melyet a gyermekek rövidebb ápolási napjainak száma is negatívan befolyásolt. Az ápolók közepesre értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és szükségesnek tartanák segítő szakember jelenlétét az osztályon.

Az IES-R eredményeinek tekintetében a két csoport összehasonlításában magasabb értékek voltak megfigyelhetőek a szülők esetén, mely összefüggésben áll a saját érzelmi megterheltségük megítélésével. Azon esetekben, amikor a gyermeknél történt pszichés felkészítés, szignifikánsan alacsonyabb volt az emlékbetörés és elkerülés alskála.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatási eredményekből levonható, hogy a magyarországi kórházakban a gyermekellátás során jelenleg nem valósul meg teljeskörűen a gyermekek és családjaik pszichés támogatása. A munkaerőhiány miatt az ápolóknak nincs elegendő idejük a gyermekek pszichés felkészítésére, és a családok érzelmi igényeinek kielégítésére. Ezért szükséges a gyermekellátási rendszerbe egy olyan szakember bevonása, aki segítséget nyújt a gyermeknek, családjuknak, és akinek jelenléte pozitív hatással lehet az ápolói munkára is.

Kutatási eredményeinkre alapozva szeretnénk javaslatot tenni a bizonyítottan pozitív hatású CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációjának kidolgozására, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit, területeit. A magyarországi felsőoktatásban a CLS képzés megvalósítható lenne, hiszen az alapképzésben részt vevő védőnők oktatási programjának több mint fele megegyezik a külföldi szakemberekével.

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozunk minden gyermekápolónak és szülőnek, aki önként részt vett a kutatásban.

Információk a szerzőkről:

Páll Nikoletta, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest, Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola, Budapest, Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest, pall.nikoletta@se-etk.hu
 Gorove Erzsébet, Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest
 Baji Ildikó, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest

HIVATKOZÁSOK

¹ Council of Europe: Guidelines on child-friendly health care.

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c1527 Elérve: 2020. 02. 01.

² Mendes MG. The inpatient children: Partnership care and family-centered care. *J Women's Health Care*. 2016; 5:3. doi: [10.4172/2167-0420.1000e123](https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000e123)

³ Brown RC, Nugent NR, Hawn SE, et al. Predicting the transition from acute stress disorder to posttraumatic stress disorder in children with severe injuries. *J Pediatr Health Care*. 2016; 30(6): 558–568. doi: [10.1016/j.pedhc.2015.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.11.015)

⁴ Alzawad Z, Lewis FM, Kantrowitz-Gordon I, et al. A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: Riding a roller coaster. *J of Pediatr Nurs*. 2020; 51: 8–14. doi: [10.1016/j.pedn.2019.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015)

⁵ Olsson C, Björk M, és Ringnér A. The Pediatric Inventory for Parents – Swedish translation and psychometric testing. *J Pediatr Nurs*. 2018; 42: e97–e102. doi: [10.1016/j.pedn.2018.02.013](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.013)

⁶ Franck LS, Wray J, Gay C, et al. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(1): 10–21. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011)

⁷ Fülöp E. Másodlagos traumatizáció és kiegészítő összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In: Csabai M, Pintér J. *Pszichológia a gyógyításban*. Oriold és társai, Budapest, 2013. pp. 167–190.

⁸ Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs*. 2012; 27(4): 357–365. doi: [10.1016/j.pedn.2011.04.024](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.04.024)

⁹ Drayton NA, Waddups S, Walker T. Exploring distraction and the impact of a child life specialist: Perceptions from nurses in a pediatric setting. *J Spec Pediatr Nurs*. 2019;e12242. doi: [10.1111/jspn.12242](https://doi.org/10.1111/jspn.12242)

¹⁰ History of the ACLP. Association of Child Life Professionals. 2020. <http://www.childlife.org/about-aclp/history-of-aclp> Elérve: 2020. 03. 01.

- ¹¹ Boles J, Fraser C, Bennett K. The value of certified child life specialists: Direct and downstream optimization of pediatric patient and family outcomes. 2020. <https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-cclss-full-report.pdf> Elérve: 2020. 06. 10.
- ¹² Medeiros da Silva RD, Austregésilo SC, Ithamar L, et al. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2017; 93 (1): 6–16. doi: [10.1016/j.jpmed.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.06.005)
- ¹³ Zhang J, Zhu S, Du C, et al. Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *J Psychosom Res*, 2015; 79(2): 100–106. doi: [10.1016/j.jpsychores.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.06.001)
- ¹⁴ Smith JG, Desai P, Sira N, et al. Family-centered developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit: Exploring the role and training of child life specialists. *Child Health Care*. 2014; 43(4): 345–368. doi: [10.1080/02739615.2014.880917](https://doi.org/10.1080/02739615.2014.880917)
- ¹⁵ Basak RB, Momaya, Guo J, et al. Role of child life specialists in pediatric palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2019; 58(4): 735–737. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022)
- ¹⁶ He HG, Zhu L, Chan SWC, et al. The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing perioperative anxiety, negative behaviors, and postoperative pain in children undergoing elective surgery: A systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2015; 16(3): 425–439. doi: [10.1016/j.pmn.2014.08.011](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.011)
- ¹⁷ Bandstr NF, Skinner L, LeBlanc C., et al. The role of child life in pediatric pain management: A survey of child life specialists. *J Pain*. 2008; 9(4): 320–329. doi: [10.1016/j.jpain.2007.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.11.004)
- ¹⁸ Mohan S, Nayak R, Thomas RJ, et al. The effect of Entonox, play therapy and a combination on pain relief in children: A randomized controlled trial. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6): 938–943. doi: [10.1016/j.pmn.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.08.004)
- ¹⁹ Meletti DP, Meletti JFA, Camargo RPS, et al. Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 95 (5): 545–551. doi: [10.1016/j.jpmed.2018.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.05.009)
- ²⁰ Durand DJ, Young M, Nagy P, et al. Mandatory child life consultation and its impact on pediatric MRI workflow in an academic medical center. *J Am Coll Radiol*. 2015; 12(6): 594–598. doi: [10.1016/j.jacr.2014.12.015](https://doi.org/10.1016/j.jacr.2014.12.015)
- ²¹ White HL. The working life of a play specialist. *Paediatr and Child Health*. 2017; 27(10): 476–480. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.07.002>
- ²² Grissom S, Boles J, Bailey K. Play-based procedural preparation and support intervention for cranial radiation. *Support Care Cancer*. 2015; 24(6): 2421–2427. doi: [10.1007/s00520-015-3040-y](https://doi.org/10.1007/s00520-015-3040-y)
- ²³ Scott MT, Todd KE, Oakley H B, et al. Reducing anesthesia and health care cost through utilization of child life specialists in pediatric radiation oncology. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2016; 96(2): 401–405. doi: [10.1016/j.ijrobp.2016.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2016.06.001)
- ²⁴ Murag S, Suzukaw C, Chang TP. The effects of child life specialists on success rates of intravenous cannulation. *J Pediatr Nurs*. 2017; 36, 236–240. doi: [10.1016/j.pedn.2017.03.013](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.013)
- ²⁵ LeBlanc CK, Naugler K, Morrison K, et al. Parent perceptions and satisfaction with inpatient child life specialist interventions and the role of child temperament. *Child Health Care*. 2014; 43(3), 253–272. doi: [10.1080/02739615.2013.845732](https://doi.org/10.1080/02739615.2013.845732)
- ²⁶ Perczel FD (ed.), Kiss Zs, Ajtay Gy. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2018.
- ²⁷ Giannini A, Miccinesi G. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: A national survey. *Pediatr Crit Care Med*. 2011; 12(2):e46–50. doi: [10.1097/PCC.0b013e3181d8e9c2](https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3181d8e9c2)