

Integracija roditelja u skrb o prijevremeno rođenom djetetu u jedinici intenzivnog neonatalnog liječenja

Muhić, Branka

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:553204>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Branka Muhić

**Integracija roditelja u skrb o prijevremeno
rođenom djetetu u jedinici intenzivnog
neonatalnog liječenja**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2021.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Branka Muhić

**Integracija roditelja u skrb o prijevremeno
rođenom djetetu u jedinici intenzivnog
neonatalnog liječenja**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2021.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu, Klinike za pedijatriju, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Referentnog centra Ministarstva zdravstva RH za pedijatrijsku i neonatalnu intenzivnu medicinu, KBC-a Zagreb pod vodstvom prof.dr.sc. Ruže Grizelj i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2020./2021.

POPIS KRATICA

JILN	Jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi
FCC	Skrb usmjerena na obitelj, engl. Family Centered Care
FIC	Obiteljska integrirana skrb, engl. Family Integrated care
PFCC	Skrb usmjerena na bolesnika i obitelj, engl. Patient & Family-Centered Care
KS	Klokanska skrb, engl. Kangaroo Mother Care
KNK	Koža na kožu
GD	Gestacijska dob
KGD	Korigirana gestacijska dob

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY.....	II
1. UVOD	1
2. PRIJEVREMENO ROĐENO DIJETE	4
3. JEDINICA INTENZIVNOG LIJEČENJA NOVOROĐENČADI	6
4. PRISTUP RODITELJIMA U JEDINICAMA INTENZIVNOG LIJEČENJA NOVOROĐENČADI.....	8
4.1. Komunikacija zdravstvenih djelatnika s roditeljima.....	8
4.2. Pružanje informacija roditeljima	9
4.3. Psihosocijalna podrška roditeljima	10
5. INTEGRACIJA RODITELJA U SKRB O NEDONOŠČETU	12
5.1. Interakcija i odnos roditelja s djetetom	13
5.2. Sudjelovanje roditelja u njezi djeteta	14
5.3. Klokanska skrb.....	15
5.3.1. Provođenje klokanske skrbi.....	18
5.3.2. Položaj majke i djeteta	20
5.4. Podrška laktaciji i dojenju.....	20
5.4.1. Poticanje laktacije	21
5.4.2. Dojenje nedonoščeta	23
5.5. Edukacija roditelja o alternativnim metodama hranjenja	24
6. PRIPREMA ZA ODLAZAK DJETETA KUĆI	26
7. ZAKLJUČAK	28
8. ZAHVALA.....	29
9. LITERATURA.....	30
10. ŽIVOTOPIS	36

SAŽETAK

Integracija roditelja u skrb o prijevremeno rođenom djetetu u jedinici intenzivnog neonatalnog liječenja

Branka Muhić

Većina nedonoščadi od samoga rođenja zahtjeva posebnu njegu u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja (JILN) kako bi preživjela. Okruženje JILN-a i odvojenost roditelja od djeteta je vrlo stresna za roditelje i za nedonošče te utječe na psihološko zdravlje roditelja i socijalni, bihevioralni i funkcionalni razvoj nedonoščadi. Kao odgovor na potonje probleme, tijekom druge polovice 20. stoljeća u pedijatriji su razvijeni programi koji uključuju roditelje u donošenje odluka kao i skrb o vlastitom djetetu u JILN-u. U tim programima, roditelji se smatraju partnerima zdravstvenog tima u liječenju djeteta. Roditelji danas imaju sve veće potrebe za informacijama i učinkovitosti procesa liječenja nedonoščadi. Dobra komunikacija je od ključne važnosti za funkcioniranje programa skrbi usmjerene na obitelj i jedan je od temelja izgradnje odnosa između zdravstvenih djelatnika i roditelja. Roditeljima je potrebna emocionalna podrška koju zdravstveni tim može ostvariti pokazivanjem empatije u svakodnevnoj komunikaciji. Izgradnja odnosa povjerenja sa zdravstvenim osobljem je jedna od važnih psihosocijalnih potreba roditelja kako bi bili sigurni u kvalitetu skrbi za svoje dijete. Roditelje je važno uključiti u skrb o svom djetetu ne samo kako bi znali brinuti o njemu nakon otpusta iz bolnice, već i kako bi uspostavili emocionalnu povezanost s djetetom. Kao najvažnija strategija kojom se ostvaruje povezivanje je tzv. klockanska skrb ili kontakt "koža-na-kožu" (KNK) koji podrazumijeva neposredni kontakt nedonoščeta s prsima majke (ili oca) s ciljem promicanja dojenja, kontrole tjelesne temperature i senzoričke stimulacije nedonoščeta te jačanja emocionalne povezanosti. Zbog mnogih dobrobiti koje su dokazane znanstvenim istraživanjima provedenim posljednjih godina, roditeljska pomoć i njihovo sudjelovanje u njezi djeteta imaju prioritet u neonatalnim jedinicama.

Ključne riječi: roditelji, nedonošče, kontakt koža na kožu, jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi

SUMMARY

Integration of parents in prematurity care in neonatal intensive care unit

Branka Muhić

Most preterm infants require special care in neonatal intensive care units (NICU) from birth to survive. The NICU environment and parent-child separation is very stressful for both parents and preterm infants and has an impact on parental psychological health and the social, behavioral, and functional development of preterm infants. To address the latter problems during the second half of the 20th century, programs were developed in pediatrics that involved parents in decision-making and caring for their own child at NICU. In these programs, parents are considered partners of the health team in treating the child. Parents today have a growing need for information and the effectiveness of the process of treating premature babies. Good communication is crucial for family-oriented care and is one of the cornerstones of building a relationship between health professionals and parents. Parents need the emotional support of health care staff in the form of an empathetic and humane style of communication. Building a relationship of trust with health care staff is one of the important psychosocial needs of parents to be confident in the quality of care for their child. It is important to involve parents in the care of their child not only to know how to take care of him after discharge from the hospital, but also to establish the emotional connection of the parents with the child. Among the most important strategies that allow parents to bond is Kangaroo Mother Care (KMC) because it consists of early skin-to-skin contact between the mother (or father) and her premature baby, thus promoting breastfeeding, temperature control, sensory stimulation, and strengthening the emotional bond. Due to the many benefits that have been proven by scientific research conducted over the last years, parental assistance and their participation in child care have priority in neonatal units.

Key words: parents, prematurity, kangaroo mother care, neonatal intensive care unit

1. UVOD

U svijetu se godišnje prijevremeno rađa oko 15 milijuna novorođenčadi. Više od milijun prijevremeno rođene djece umire zbog komplikacija prijevremenog rođenja, a mnogi preživjeli se suočavaju s neurorazvojnim teškoćama koje uključuju kognitivne (problemi učenja), motoričke (cerebralna paraliza) i senzorne (gluhoća, naglušnost, sljepoća, slabovidnost) poremećaje (World Health Organization 2012). Prema statističkim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u Hrvatskoj je 2019. godine rođeno 36472 novorođenčadi, od kojih je 2372 odnosno 6.5% rođeno prije vremena. Većina prijevremeno rođene djece od trenutka rođenja zahtjeva posebnu njegu u jedinicama intenzivnog liječenja novorođenčadi (JILN) kako bi preživjela. Okruženje JILN-a i odvojenost roditelja od djeteta je vrlo stresna za roditelje i ima negativni utjecaj na dugoročno zdravlje nedonoščeta. U iščekivanju zdravog djeteta, iznenadna suočenost sa situacijom prijevremenog poroda u roditelja nerijetko generira mnoge psihološke probleme (Chervenak et al. 2010). Njega novorođenčadi je posljednjih desetljeća znatno napredovala uvođenjem sve učinkovitijih terapijskih modaliteta liječenja, modernije tehnologije i uskog usavršavanja zdravstvenih djelatnika. U uzletu tehnološko-znanstvenih dostignuća u području neonatalne medicine, psihosocijalna briga za obitelj je zanemarena (Morias et al. 2008). Roditelji često osjećaju depresiju, tjeskobu i gubitak kontrole (Hala et al. 2009), a stres i depresija roditelja negativno utječu na socijalni, bihevioralni i funkcionalni razvoj nedonoščadi (McManus & Poehlmann 2012; Rahkonen et al. 2014).

Kako bi se svladali potonji problemi, tijekom druge polovice 20. stoljeća u pedijatriji su razvijeni programi koji uključuju roditelje u donošenje odluka i skrb o vlastitom djetetu u JILN-u. U okviru ovih programa, roditelji se smatraju partnerima zdravstvenog tima u liječenju djeteta (American Academy of Pediatrics 2012). Načela skrbi usmjerene na obitelj i razvojne skrbi imaju različitu nomenklaturu (Soni & Tscherning 2020):

1. Skrb usmjerena na obitelj (engl. Family Centered Care - FCC)
2. Obiteljska integrirana skrb (engl. Family Integrated care - FIC)

3. Razvojna skrb (engl. Developmental care)
4. Skrb usmjerena na bolesnika i obitelj (engl. Patient & Family-Centered Care - PFCC)
5. Obiteljska participativna skrb (engl. Family Participatory Care - FPC)
6. Razvojna skrb usmjerena na dojenče i obitelj (engl. Infant & Family-Centered Developmental Care - IFCDC)

Program neurorazvojne individualizirane skrbi nedonoščadi (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - NIDCAP) (Als 2009), Stvaranje prilika za osnaživanje roditelja (Creating Opportunities for Parent Empowerment - COPE) (Melnik et al. 2006) i klokanska skrb (KS) (Davanzo et al. 2013) su programi koji se temelje na principima njege usmjerene na obitelj, a primjenjuju se u mnogim neonatalnim jedinicima širom svijeta.

Dokazane su mnoge prednosti skrbi usmjerene na obitelj. Stefana (2016) u svojoj studiji navodi da emocionalna blizina roditelja i nedonoščeta hospitaliziranog u JILN-u može biti presudna za dobrobit djeteta, pridonosi razvoju i uspostavi djelotvornog odnosa između roditelja i djeteta te razvoju samopouzdanja i sposobnosti roditelja u pružanju njege svome djetetu. Američka pedijatrijska akademija (American Academy of Pediatrics 2012) navodi da njega usmjerena na obitelj može poboljšati ishode liječenja, iskustva i zadovoljstvo roditelja, povezati i osnažiti obitelj, povećati zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika te smanjiti troškove liječenja. Multicentrično, randomizirano kontrolirano istraživanje, koje je obuhvatilo 26 JILN-a u Kanadi, Australiji i Novom Zelandu dokazalo je da je FIC poboljšao prirast nedonoščadi na tjelesnoj masi, smanjio stres i anksioznost roditelja te povećao broj nedonoščadi koja se hrani isključivo majčinim mlijekom pri otpustu iz bolnice (O'Brien et al. 2018). Rezultati istraživanja u Kini pokazuju značajno povećanje stope i trajanje dojenja, bolji prirast tjelesne mase pri otpustu iz bolnice, manje trajanje potpore disanju i bolje rezultate na ispitivanjima mentalnog i psihomotornog razvoja u dobi od 18 mjeseci (He et al. 2018; Li et al. 2016).

Randomizirano, kontrolirano istraživanje provedeno u JILN-u na sjeveroistoku Sjedinjenih Američkih Država pokazalo je da rani i ponovljivi obrazovno-bihevioralni

intervencijski programi za roditelje mogu poboljšati mentalno zdravlje roditelja, interakciju roditelj-dijete i smanjiti duljinu boravka u bolnici (Melnik 2006).

Pružanje skrbi usmjerene na obitelj podržale su Američka pedijatrijska akademija i mnoge druge zdravstvene organizacije. Izrađene su preporuke za podršku uloga roditelja kao njegovatelja vlastite djece u odjelima intenzivne njege (Craig et al. 2015). Iako su elementi skrbi usmjerene na obitelj naširoko prepoznati i implementirani u JILN-ove diljem svijeta, podaci o njihovoj primjeni u Republici Hrvatskoj su oskudni.

2. PRIJEVREMENO ROĐENO DIJETE

Prijevremeno rođenim djetetom odnosno nedonoščetom smatra se svako dijete koje je nošeno kraće od 37 tjedana gestacije (Mardešić 2016). Oni se dalje mogu dijeliti u podgrupe prema gestacijskoj dobi i prema tjelesnoj masi. Prema gestacijskoj dobi dijelimo ih na kasnu nedonoščad (rođena između 32. i 37. tjedana gestacijske dobi), umjerena nedonoščad (rođena između 28. i 32. tjedana gestacije) i ekstremna nedonoščad (rođena s manje od 28 tjedana gestacije) (World Health Organization 2012).

Šezdesetih godina 20. stoljeća izrazom "niska porođajna masa" (Low birth weight - LBW) definirana su nedonoščad čija je porođajna masa manja od 2500 g. Zbog sve većeg preživljavanja nedonoščadi rođene s manje od 1500 g, osamdesetih godina uveden je pojam „vrlo niska porođajna masa” (very low birth weight - VLBW) kako bi se bolje definirali problemi i ishodi jedinstveni za ovu skupinu. Devedesetih godina je postalo jasno da je stvorena nova kategorija nedonoščadi, te je u nomenklaturu dodan izraz „izuzetno niska porođajna masa” (extremely low birth weight - ELBW) koja uključuje nedonoščad rođenu s tjelesnom masom manjom od 1000 g (Tablica 1) (MacDonald et al. 2005).

Tablica 1. Podjela prijevremeno rođene djece prema gestacijskoj dobi

<i>Naziv</i>	<i>gestacijska dob u tjednima</i>
Kasna nedonoščad	32 do < 37
Umjerena nedonoščad	28 do < 32
Ekstremna nedonoščad	< 28

Nedonoščad se rađa prije nego što su im organi i organski sustavi potpuno sazreli te su stoga u povećanom riziku od brojnih zdravstvenih problema, osobito od strane središnjeg živčanog sustava. Neurorazvojne smetnje uključuju nastanak cerebralne paralize, mentalne retardacije, oštećenje vida i gubitak sluha. S vremenom se povećava i rizik kognitivnih problema, kašnjenja govora, hiperkinetičkih poremećaja, problema u ponašanju i osjećajima i smetnji u učenju (Benzies et al. 2013).

Zbog male porođajne mase i nerazvijenosti potkožnog masnog tkiva od samoga rođenja većina nedonoščadi ima poteškoća s održavanjem tjelesne temperature. Uslijed nerazvijenosti pluća nedonoščad ima problema s disanjem u spektru od različitih oblika apneja pa sve do razvoja respiratornog distres sindroma. Nezrelost crijeva u nedonoščadi dovodi do poteškoća u podnošenju enteralnog hranjenja, a kolonizacija crijevne sluznice patogenim bakterijama predstavlja veliki rizik za razvoj nekrotizirajućeg enterokolitisa, osobito u slučajevima kada majčinog mlijeka nedostaje. Radi slabe koordinacije sisanja, gutanja i disanja ili njihove nerazvijenosti, nedonoščad ima poteškoća s oralnim hranjenjem. Nedonoščad ima oslabljeni imunološki sustav koji u kombinaciji s neophodnim medicinskim intervencijama predstavlja veliki rizik za razvoj infekcije. Također su česti razvoji žutice, retinopatije, anemije i intraventrikularnog krvarenja. Sva navedena stanja su učestalija što je gestacijska dob pri rođenju manja. (WHO 2012; Condo et al. 2016; Bering 2018; Steiner et al. 2019).

S obzirom na specifične potrebe za liječenjem i njegom, većina prijevremeno rođene djece biva odvojena od majki i premještena u JILN gdje se smješta u inkubator koji predstavlja fizičku barijeru između roditelja i nedonoščeta te samim time predstavlja veliki stres i za roditelje i za nedonošče. Isključiva prehrana majčinim mlijekom i klokanska skrb imaju povoljan učinak na sprečavanje mnogih poteškoća nedonošenosti (Sears et al. 2014; Davanzo et al. 2013).

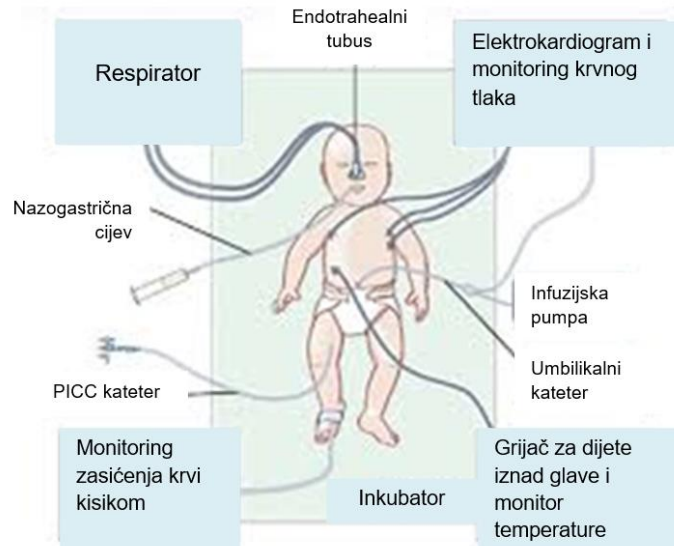
3. JEDINICA INTENZIVNOG LIJEČENJA NOVOROĐENČADI

Prije razvoja JILN-a stopa mortaliteta nedonoščadi bila je vrlo visoka. Iako je prvi inkubator razbijen već krajem 19. stoljeća, ideja o postojanju posebne jedinice za intenzivno liječenje i njegu novorođenčadi razvila se sredinom 20. stoljeća (Payne 2016). Od tog vremena do danas, tehnološki i znanstveni napredak doveo je do smanjenja smrtnosti nedonoščadi uključujući i one ekstremno niske porođajne mase (National Institutes of Health 1992).

Istovremeno s razvojem i uspostavom posebnih jedinica novorođenčkog liječenja i skrbi došlo je do odvajanja nedonoščadi od roditelja. Roditeljima je bilo onemogućeno aktivno sudjelovanje u njezi i mogli su promatrati svoje dijete samo kroz staklo inkubatora i to u periodu koji je bio predviđen za posjete. U 21. stoljeću jedinice intenzivnog liječenja novorođenčadi suočavaju se s brojnim izazovima kako u svijetu tako i u Hrvatskoj. Dolazi do promjene obrasca liječenja nedonoščadi, više nije važan samo veliki broj preživjele nedonoščadi nego i kvaliteta njihovog kasnijeg života. Stoga JILN danas postaju sve više prilagođene roditeljima potičući ih na taj način da aktivno i što je više moguće sudjeluju u njezi kako bi nedonoščadi osigurali što bolji zdravstveni ishod.

U Republici Hrvatskoj postoje JILN u Zagrebu, Osijeku, Rijeci i Splitu koje su prema regionalizaciji perinatalne skrbi ustanove treće razine, te JILN u Zagrebu pri Kliničkom bolničkom centru Zagreb, kao ustanova četvrte razine skrbi. U ovim jedinicama provodi se skrb o prijevremeno rođenoj i teško bolesnoj novorođenčadi. O njima skrbi posebno educirano zdravstveno osoblje koje se sastoji od liječnika neonatologa, visoko educiranih medicinskih sestara, fizioterapeuta, psihologa i savjetnica za dojenje. JILN opremljene su najsofisticiranijom opremom koja omogućuje i olakšava liječenje najugroženije skupine novorođenčadi. Danas postoje posebno prilagođeni suvremeni aparati za potporu disanju, monitoring, primjenu parenteralne prehrane, određivanje nalaza iz kapilarnog uzorka krvi, pokretna dijagnostika i dr. (Slika 1). Međutim, takvo okruženje JILN-a može biti vrlo stresno za nedonoščad i za roditelje. Stresori za nedonoščad su visoka razina buke, kontinuirano svjetlo, prekid sna, bolni postupci, odvojenost od majke, nedostatak fizičkog kontakta s majkom i nemogućnost dojenja (Sipl et al. 2018). Unatoč velikom

napretku neonatologije, do danas u svijetu još nije pronađen način koji će adekvatno zamijeniti majku, kao što ni jedan pripravak adaptiranog mlijeka nije potpuno prilagođen sastavu majčinog mlijeka.



Slika 1. Ilustracija djeteta i opreme u JINL-u

Preuzeto sa: <https://www.saintlukeskc.org/health-library/equipment-nicu>

Prilikom primitka nedonoščeta u JILN roditelji se mogu osjećati emocionalno potreseno i neprirodno. Odvojenost od djeteta, fizičko okruženje s alarmima, jakim zvukovima, oprema za nadzor, medicinska terminologija i intervencije te osjećaji neizvjesnosti i nedostatka kontrole nad onim što njihovo dijete proživljava može imati dugoročne posljedice na uspostavu spona roditelja i novorođenčadi, mentalno zdravlje roditelja i funkcioniranje obitelji te neurorazvoj djeteta (Soni & Tscherning 2020). U istraživanju koje je provedeno u Hrvatskoj (Džimbeg 2017) najveći izvor stresa za roditelje u JILN-u predstavlja promjena u roditeljskoj ulozi, sljedeći po intenzitetu je izgled i ponašanje djeteta pa slijedi bolničko okruženje. Najvažnije odrednice zadovoljstva roditelja u neonatalnoj jedinici je mogućnost obavljanja roditeljskih dužnosti, stručna komunikacija, dobro informiranje i emocionalna podrška zdravstvenog osoblja (Russell et al. 2014).

4. PRISTUP RODITELJIMA U JEDINICAMA INTENZIVNOG LIJEČENJA NOVOROĐENČADI

U pristupu roditeljima, nužno je pokazati empatiju, te im pružiti emocionalnu podršku i ohrabrenje. Roditelje treba pravilno pripremiti i upoznati s okolinom JILN-a, dozvoliti neograničene posjete te omogućiti pristup djetetu koje će podržavati njegov razvoj. Svakom roditelju pristupa se individualano i s njime razvija suradnički odnos koji se temelji na poštovanju i dobroj komunikaciji.

4.1. Komunikacija zdravstvenih djelatnika s roditeljima

Komunikacija je od ključne važnosti za njegu usmjerenu na obitelj (Levetown 2008) i jedan je od temelja izgradnje odnosa između zdravstvenih djelatnika i roditelja. Zdravstveno osoblje u komunikaciji s roditeljima treba biti ljubazno, otvoreno za komunikaciju, brižno i suosjećajno te se odnositi s poštovanjem. Roditelji nedonoščadi hospitalizirane u JILN-u imaju razne potrebe, a razina stresa raste kada se one ne zadovolje. Visoko na popisu potreba su pružanje nade i iskrenog odgovora na postavljena pitanja i to na način koji mogu razumjeti, pravovremeno informiranje o svim promjenama u stanju djeteta i omogućavanje neograničenih posjeta (Davidson et al. 2007). Roditelje treba više slušati o tome kako se osjećaju i razumijeti njihove potrebe koje će se mijenjati tijekom liječenja i ovisit će o zdravstvenom stanju djeteta. Potrebno je shvatiti da su roditelji različitog stupnja obrazovanja, vjerskog uvjerenja, dobi, te imaju različita prijašnja iskustva, stoga će i komunikacija biti tome prilagođena. Dobro je upitati ih što razumiju te potom razjasniti moguće nedoumice. Komunikacija se ne sastoji samo od riječi, ponekad samo prisustvo, nasmiješenost i kontakt očima puno govore (Levetown 2008).

Svrha komunikacije u JILN-u nije samo informiranje roditelja o kliničkom stanju djeteta već i pružanje savjeta i edukacija roditelja o načinu na koji mogu aktivno sudjelovati u njezi i brinući se za svoje dijete postati istinski partneri medicinskom

timu u procesu donošenja odluka. Da bi se razumjele emocije roditelja, obuzdala tjeskoba te pružila podrška i utjeha roditeljama tijekom najkritičnijih trenutaka djetetove bolesti, treba posjedovati dobre komunikacijske vještine što zahtjeva posebnu edukaciju zdravstvenog osoblja (Orzalesi & Aite 2011).

Istraživanje provedeno u JILN-u III. razine u Švedskoj, gdje sustav zdravstvenog osiguranja i organizacija pružanja zdravstvene zaštite promiču prisutnost oba roditelja tijekom boravka djeteta u bolnici, zaključilo je da pažljiva komunikacija pruža roditeljima olakšanje u njihovim teškim okolnostima. Suprotno tome, nedostatak komunikacije doprinosi osjećaju usamljenosti, napuštenosti i neželjene odgovornosti, što dodatno opterećuje ionako tešku situaciju. Razina komunikacije zdravstvenih djelatnika s roditeljima može presudno utjecati na iskustva roditelja u JILN-u (Wigert et al. 2014).

4.2. Pružanje informacija roditeljima

Roditelji danas imaju sve veće potrebe za informacijama i učinkovitosti procesa liječenja nedonoščadi. Međutim, da bi roditelji razumijeli zdravstveno stanje svoga djeteta, zdravstveni djelatnici im trebaju pružiti odgovarajuće informacije na njima razumljiv način. Uz adekvatne usmene informacije kojima treba pokloniti osobitu pozornost, pisani materijali su roditeljima također vrlo korisni. Pisane materijale roditelji mogu više puta pročitati i na taj način razjasniti moguće nejasnoće.

Komunikacija s obitelji uključuje rano pružanje informacija, te redovitu i čestu komunikaciju uz pojašnjavanje zdravstvenog stanja djeteta kao i metoda liječenja koje zdravstveni djelatnici poduzimaju u brizi za dobrobit djeteta (Levetown 2008). Prema UN-ovoj Konvenciji o pravima djeteta (EACH 2016), roditelji imaju pravo biti informirani na način prilagođen njihovom razumijevanju. Informacije roditeljima trebaju biti jasne i razumljive, pružene u mirnom, sigurnom i privatnom okruženju, bez pritiska vremena, od strane iskusnog osoblja koje je kompetentno za davanje informacija. Prilikom davanja informacija u obzir treba uzeti sadašnju situaciju roditelja, posebno njihove osjećaje straha, tuge, krivnje, napetosti ili stresa vezanih uz stanje njihova djeteta. Potrebu za informacijama dobro je zadovoljiti i upućivanjem

roditelja na izvore dodatnih informacija (edukativni materijali, brošure, knjige, informativni listovi) i grupe potpore. Informacije koje udovoljavaju roditeljskim potrebama treba provoditi od samog primitka bolesnog djeteta u bolnicu, pa sve do otpusta kući, a one moraju sadržavati i informacije koje se odnose na njegu djeteta nakon otpusta iz bolnice.

4.3. Psihosocijalna podrška roditeljima

Prijevremeni porod obično je neočekivan događaj za roditelje i ozbiljno narušava njihova očekivanja oko rođenja djeteta. Roditelji nedonoščadi koja se liječe u JILN-u proživljavaju težak emocionalni put. Česti su osjećaji bespomoćnosti, straha, tuge, krivnje i bijesa. Ti osjećaji mogu dovesti do anksioznosti, depresije i posttraumatskog stresa koji mogu potrajati dugo nakon otpusta djeteta iz bolnice (Hunt et al. 2018; Trumello et al. 2018).

Roditeljima su potrebni razni oblici psihosocijalne pomoći koja uključuje podršku osoblja koje se brine o njihovom djetetu, socijalnog radnika, profesionalnu psihološku pomoć, duhovnu pomoć ili druženje s roditeljima drugih bolesnika. Potrebno je prepoznati njihove potrebe i uputiti ih na sve resurse psihosocijalne podrške koji su dostupni. Korisno bi bilo roditelje u ranoj fazi na strukturiraniji način informirati o tome koje su im vrste podrške dostupne i kome se mogu obratiti u kojoj situaciji (Bry & Wigert 2018).

Izgradnja odnosa povjerenja sa zdravstvenim osobljem je jedna od važnih psihosocijalnih potreba roditelja kako bi bili sigurni u kvalitetu skrbi za svoje dijete. Jedan aspekt izgradnje tog povjerenja je informiranje roditelja o promjenama u stanju djeteta i medicinskim postupcima koje treba obaviti, bez da roditelji to moraju pitati. Istodobno, dobivanje jasnih i dosljednih odgovora na postavljena pitanja povećava njihovo povjerenje u zdravstveno osoblje. Cijene i to što su im dozvoljene informacije telefonom od kuće u bilo koje vrijeme ako žele jednostavno pitati kako im je dijete, znajući da ne ometaju osoblje ako zovu često ili u kasne sate. Nasuprot tome, šturo, zakašnjelo ili nepotpuno informiranje negativno utječe na uspostavu povjerenja između roditelja i osoblja (Bry & Wigert 2018).

Budući da se prvi kontakt između majke i njezinog djeteta odvija unutar JILN-a, vrlo je važno majkama pružiti psihološku podršku ili pomoć od samog poroda kako bi se osigurala njihova dobrobit i spriječili budući problemi (Trumello et al. 2018). Roditelji imaju potrebu za emocionalnom podrškom od strane zdravstvenog osoblja koje se može ostvariti prijateljskim razgovorom s pokazivanjem empatije. Važno je da zdravstveni djelatnici pokažu zanimanje za njihove osjećaje kako bi roditelji prepoznali da se brine i o njihovim potrebama kao i o potrebama njihovog djeteta. Roditelji se lakše nose s nastalom situacijom ako od zdravstvenih djelatnika čuju riječi ohrabrenja i nade. Roditelji djece koja duže borave u bolnici pokazuju veću potrebu za emocionalnom podrškom (Lorié et al. 2021). Važno je prepoznati roditelje kojima je potrebna dodatna emocionalna podrška. Bolnički psiholog će svojim stručnim znanjem i profesionalnim iskustvom šire i temeljitije istražiti emocionalne probleme roditelja i pomoći im da se što lakše nose sa njima dok će im socijalni radnik, koji je za roditelje nedonoščadi također vrlo važna karika u procesu liječenja, pomoći u ostvarivanju njihovih socijalnih prava iz okvira zakona i pravilnika Republike Hrvatske. Socijalna podrška od strane roditelja druge djece hospitalizirane u JINL-u je vrlo korisna ili čak neophodna. Roditelji često smatraju da ih drugi roditelji koji su u istoj situaciji mogu bolje razumjeti i suosjećati s njima na način koji je nemoguć za ljude bez osobnog iskustva s prerano rođenim djetetom. Roditelje je korisno uputiti i na udruge osnovane u svrhu podrške roditeljima prerano rođene djece gdje će dobiti podršku i savjete te korisne informacije od roditelja nedonoščadi (Bry & Wigert 2018). Molitva duhovnika s obiteljima ili drugi oblici tihe komunikacije i izvođenje vjerskih rituala ili obreda pokazali su se također potrebnima i vrlo važnima za neke roditelje (Feudtner et al. 2003).

5. INTEGRACIJA RODITELJA U SKRB O NEDONOŠČETU

Važno je roditelje uključiti u skrb o svom djetetu ne samo kako bi znali kako se brinuti o njemu nakon otpusta iz bolnice, već i kako bi se uspostavila emocionalna povezanost roditelja s djetetom. Povezanost može narušiti činjenica da se nedonoščad po izgledu i ponašanju razlikuje od djece rođene u terminu (Bry & Wigert 2018). Integracija roditelja u brigu o nedonoščadi počinje prilikom primitka djeteta u JILN. Potrebno ih je poticati na što duži boravak uz dijete te im ga učiniti što udobnijim. Efikasnom komunikacijom i zajedničkim odlučivanjem potrebno ih je uključiti u brigu o djetetu u suradnji sa zdravstvenim osobljem. Odvajanje roditelja od djeteta potrebno je svesti na minimum. Prisutnost roditelja uvijek je dobrodošla, uključujući i vrijeme izmjena smjena djelatnika, liječničkih vizita te medicinskih postupaka ako roditelji to žele. Roditelji i obitelj nikada se ne smatraju posjetiteljima ili strancima u JILN-u već partnerima i aktivnim sudionicima u postupku liječenja djeteta, a zdravstveni djelatnici prelaze iz uloge stručnjaka koji jedini mogu odlučiti što je najbolje za dijete u mentora, trenera i voditelja (Hall et al. 2017).

U obzir treba uzeti čimbenike koji negativno utječu na roditeljsku prisutnost u JILN-u (Soni & Tscherning 2020):

- loše zdravstveno stanje roditelja
- nepodržavajuće okruženje - velika razina buke, promet ljudi, nema privatnosti
- briga o kućanstvu i drugoj djeci
- nedostatak informacija i nepristupačnost zdravstvenih djelatnika
- velika udaljenost od JILN-a
- teška socijalno-ekonomska situacija
- loše postupanje medicinskog osoblja / nejasne smjernice o roditeljskim očekivanjima

U tom pogledu treba roditelje saslušati i savjetovati, jer previše je razloga da roditelji ne budu prisutni uz svoje dijete. Promjena prioriteta neće ukloniti poteškoće, ali promijenit će prisustvo roditelja u bolnici. U takvim situacijama potrebno je realno sagledati koliko vremena roditelji mogu provesti u JILN- u i više pažnje posvetiti

kvaliteti, a ne količini vremena koje roditelji provode uz svoje dijete (Bry & Wigert 2018).

Kada su roditelji u mogućnosti biti uz svoje dijete potrebno ih je upoznati s okruženjem JILN-a, higijenom ruku, ulogama zdravstvenog osoblja, opremom i terapijskim postupcima. Međutim, prije svega, fokus treba biti na promicanju interakcije između roditelja i djeteta. Naglasak treba staviti na kritičnu važnost prisutnosti roditelja na kratkoročne i dugoročne ishode njihova djeteta, a roditeljima treba osigurati neograničene, danonoćne informacije i pristup njihovom djetetu (Craig et al. 2015). Roditeljima su potrebna i jasna objašnjenja i edukacija kako pružiti praktičnu skrb svome djetetu. Više pažnje treba dati praktičnim zadacima iz područja hranjenja, kupanja, odijevanja, pozicioniranja i pružanja kontakta koža na kožu.

5.1. Interakcija i odnos roditelja s djetetom

S obzirom da prijevremeni porod može biti faktor rizika za normalnu uspostavu odnosa između majke i nedonoščeta (Ionio et al. 2017), neonatološke sestre moraju raditi na izgradnji tog odnosa. Interakcija doprinosi fizičkoj, emocionalnoj i socijalnoj dobrobiti jednih i drugih. Iako je interakcija roditelja i djeteta od vitalne važnosti, ona u JILN-u može biti znatno otežana. Nedonošče je okruženo s jedne strane medicinskim osobljem, a s druge strane različitim aparatima potrebnim za liječenje i održavanje života. Odvojenost roditelja od djeteta zbog medicinskih problema, koje sa sobom donosi prijevremeni porod, ometa uobičajeni proces povezivanja i privrženosti (Sears et al. 2014). U slučaju prijevremenog poroda majka i dijete su od samog početka u razvijanju te privrženosti ograničeni jer dijete zbog potreba liječenja boravi u inkubatoru (Morias et al. 2008; Sears et al. 2014). Prijevremenim rođenjem i boravkom djeteta u inkubatoru izostaje ono što stručnjaci smatraju najvažnijim, a to je kontakt majka/dijete, odnosno kontakt koža na kožu. Složenost i krhkost nedonoščeta se ponekad mogu pogrešno percipirati i mogu odvratiti od pokušaja ostvarivanja interakcije s roditeljima. Neonoščad je tada lišena pozitivne multisenzorne interakcije sa svojim obiteljima i okolišnih podražaja potrebnih za njihov rast i razvoj što ih dovodi u veći rizik od loših dugoročnih neuroloških ishoda. Skrb usmjerena na obitelj treba biti usmjerena na prevladavanje ove percepcije i

poticanje odnosa između roditelja i djeteta (Bry & Wigert 2018; Soni & Tschering 2020).

Dugo razdoblje hospitalizacije djeteta i nedostatak bliskosti i pružanja skrbi o djetetu povećavaju stres majke što može negativno utjecati na održavanje privrženosti majke i djeteta. Medicinska sestra u neonatalnoj jedinici mora omogućiti i olakšati rani kontakt majke i nedonoščeta, s ciljem održavanja njihove privrženosti. Proces uspostave povezanosti može potrajati više dana ili tjedana nakon prijevremenog poroda. Među najvažnijim strategijama koje roditeljima omogućuju povezivanje je klokanska skrb jer se sastoji od ranog kontakta koža na kožu između majke (ili oca) i njezinog novorođenčeta, promovirajući tako dojenje, kontrolu temperature, senzornu stimulaciju i jačanje emocionalne veze (Morias et al. 2008).

U periodima kada zbog zdravstvenog stanja djeteta nije moguće provoditi KS roditelje treba poticati na druge oblike interakcije s djetetom. Primjerice nježni dodiri, razgovor, pjevanje uspavanki ili čitanje knjige, često mogu umiriti nedonošče i u roditeljima izazvati osjećaj doprinosa. Potrebno ih je naučiti prepoznati znakove stresa u nedonoščeta kako bi izbjegli prekomjernu stimulaciju. Roditeljima također treba dati mogućnost donošenja igračke, dekice, pelena ili neke druge stvari za koju smatraju da će djetetu olakšati liječenje i boravak u JINL-u. Takvi postupci u njih pobuđuju zadovoljstvo te osjećaj doprinosa i ispunjavanja roditeljske uloge.

5.2. Sudjelovanje roditelja u njezi djeteta

Podaci jednog istraživanja koji su prikupljeni upitnikom za procjenu svijesti i znanja roditelja o problemima nedonoščadi pokazuju najviše svijesti o održavanju higijenskih uvjeta prilikom ulaska u JINL i o važnosti redovitog i kontinuiranog boravka uz dijete. Roditelji su imali malo znanja o nekim principima JINL-a te potrebama i njezi nedonoščeta, što govori u prilog tome da treba unaprijediti znanja i vještine roditelja u njezi prerano rođene djece (Khalesi et al. 2015).

Roditeljska pomoć i njihovo sudjelovanje u njezi djeteta imaju prioritet u neonatalnim jedinicama. Oni instinktivno žele biti više prisutni te im treba omogućiti da se svakodnevno skrbe o svome djetetu. Treba ih poticati na sudjelovanje u njezi djeteta.

Sudjelovanje roditelja u skrbi za dijete ključno je za oboje, bez obzira na to koliko je dijete bolesno. Ulogu očeva ne treba zanemariti. Oni su najvažnija i vrlo često jedina podrška majkama i njihovo sudjelovanje u JILN-u je vrlo važno (Soni & Tscherling 2020). Osim toga majke vrlo često zahtijevaju razdoblje oporavka nakon preranog porođaja i u tom periodu je očeva sposobnost da aktivno sudjeluje u njezi djeteta od rođenja vrlo važna te zahtjeva posebnu potporu medicinskog osoblja (Lindberg et al. 2007).

U prvim danima je za neku nedonoščad i samo dodirivanje stresno te će roditelji moći samo razgovarati s njim mirnim i umirujućim glasom, čitati mu ili pjevati umirujuće pjesmice. Roditelji su često uplašeni zbog njegove krhkosti i tehnoloških aparata uključenih u skrb što može također utjecati na njihovu participaciju u njezi djeteta. Podrška i ohrabrenje u izvođenju najjednostavnijih zadataka su u ovim trenucima vrlo važni. Kako se stanje djeteta stabilizira i vrijeme odmiče, roditelji se uz podršku medicinskih sestara postupno sve više uključuju u njegu. Osim što provode KS i hrane dijete, roditelji mogu pozicionirati dijete u udoban i odgovarajući položaj, promijeniti pelenu, okupati dijete, odjenuti ga, promijeniti rublje te utješiti dijete kada je uznemireno ili plače.

U slučaju da dijete zbog zdravstvenog stanja ima specijalnu njegu, roditelje je potrebno educirati kako bi bili spremni brinuti se o djetetu kod kuće. Tijekom razdoblja hospitalizacije roditelje treba naučiti kako se brinuti za svoje dijete, na koji način ga promatrati te prepoznati i zadovoljiti njegove potrebe. Korisno je roditelje ohrabriti i pohvaliti za učinjeno jer će ohrabrujuće i pozitivne povratne informacije zdravstvenih djelatnika povećati njihovo samopouzdanje i osnažiti ih u roditeljskoj ulozi, dok će negativne povratne informacije smanjiti njihovo samopouzdanje i spremnost za prihvatanje djeteta kući (Lorié et al. 2021).

5.3. Klokanska skrb

Klokanska skrb metoda je njege nedonoščadi ili novorođenčadi niske porođajne težine stavljajući ih u kontakt s majkom (ili ocem) kako bi se osigurao njihov optimalan rast i razvoj, a temelji se na načelu da je nedonoščad potrebno

smatrati ekstrauterinim fetusima kojima je potrebna zaštita i stimulacija vlastite majke (Davanzo et al. 2013; Agarwal 2019). KS je 1970-ih razvio kolumbijski pedijatar, Edgar Rey, koji je tražio rješenje nedostatka inkubatora, visokih stopa infekcije i razdvajanja nedonoščadi od majke u bolnici u Bogoti. Od tada su provedena mnoga istraživanja širom svijeta koja dokazuju povoljne učinke ove metode njege na majku i na nedonošče (Tablica 2). Tri glavne komponente KS-i su osiguranje stabilne tjelesne temperature nedonoščeta, poticanje čestog i isključivog dojenja te rano prepoznavanje i odgovor na komplikacije (Davanzo et al. 2013; Agarwal 2019; Conde-Agudelo et al. 2011; UNICEF 2015; WHO 2003, 2012). U početku zamišljen kao alternativa konvencionalnoj njezi temeljenoj na tehnologiji, KS se danas smatra standardom skrbi za nedonoščad i novorođenčad niske porođajne mase (Agarwal 2019).

Tablica 2. Prednosti klokanske njege u JINL-u

<p>Prednosti za nedonoščad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprječava hipotermiju • Stabilizira rad srca i disanja. Manje epizode desaturacija, apneja i bradikardija • Smanjuje stres uslijed smanjenog izlučivanja kortizola • Pozitivan učinak na obrazac spavanja kao rezultat poboljšane maturacije mozga • Poboljšava neurobihevioralni i psihomotorni razvoj • Smanjuje odgovor na bol tijekom bolnih postupaka • Povećava stopu započinjanja dojenja, isključivog dojenja i trajanja dojenja • Raniji otpust iz bolnice • Manja smrtnost (u zemljama s niskim i srednjim primanjima)
<p>Prednosti za roditelje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poboljšava interakciju roditelj - dijete • Poboljšava psihološku prilagodbu i oporavak majke nakon prijevremenog poroda • Potiče oporavak od postporođajne depresije • Smanjuje izlučivanje kortizola • Promovira i osnažuje roditeljsku ulogu u brizi za dijete • Osnažuje majku i obitelj te sprječava osjećaj bespomoćnosti i separacijske anksioznosti

Prema: Davanzo et al. (2013), str 333; UNICEF (2015), str.39

Prilagodбом uvjeta koji promiču skrb usmjerenu na obitelj; dozvoljavanje neograničenih posjeta roditeljima, poticanje kontakta KNK i aktivnog sudjelovanja roditelja u skrbi o djetetu, u Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu, KBC-a Zagreb, započelo se 2016. godine. Iz dostupne dokumentacije, dnevnih izvještaja roditelja hospitalizirane djece i sestrijskih lista, vidljivo je da se uglavnom provodi intermitentna KS, najčešće u trajanju od 1-3 sata, ponekad i kroz duži period, između majke i djeteta, a rijetko je provode i očevi. Drugi članovi obitelji nisu uključeni u ovaj tip njege iako se u literaturi njihova uključenost navodi kao standard. Iz navedene dokumentacije prikupljeni su podaci i uvršteni u tablicu (Tablica 3).

Tablica 3. Primjena klockanske skrbi u Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu, KBC-a Zagreb u razdoblju od 01.01. 2019. do 31.12. 2019.

	Gestacijska dob			Ukupno
	< 28	28 do < 32	32 do < 37	
Broj nedonoščadi	6	26	50	82
Intermitentna KS (n)	3	17	23	43
Intermitentna KS (%)	50	65,3	46	52,4

Tijekom 2019. godine (razdoblje od 01.01. 2019. do 31.12. 2019.) u Zavodu je liječeno 96 nedonoščadi. Isključeno je 14 djece; umrli (n=5), nedonoščad sa složenim srčanim manama (n=4) i oni koji su boravili kraće od 48h (n=4). Preostalih 82 nedonoščadi za vrijeme hospitalizacije udovoljavalo je kriterijima za provođenje KS-i, a proveden je u 43(52,4%) nedonoščadi. Prema podjeli na gestacijsku dob, KS je najčešće provedena u skupini nedonoščadi GD 28 do 32 tj. (65,3%). U skupini nedonoščadi GD <28 tj. KS je provedena u 3(50%), dok se u skupini nedonoščadi GD 32-37 tj. KS provodila u njih 23(46%). Prema dobivenim rezultatima vidljiva je potreba za dodatnom edukacijom zdravstvenih djelatnika o dobrobitima KS-i kako bi bolje podržati roditelje i potaknuli ih na veću primjenu ove metode njege

nedonoščadi. Također treba napomenuti da je najveći broj primljene nedonoščadi izvan grada Zagreba te da u Zavodu ne postoji osigurani smještaj za roditelje, a poznato nam je da je udaljenost od bolnice jedan od čimbenika koji negativno utječe na prisutnost roditelja u JINL-u.

5.3.1. Provođenje klokanske skrbi

Primjena metode KS-i u JILN-u zahtijeva pripremu i motivaciju od zdravstvenih djelatnika te edukaciju roditelja. Važno je minimizirati razdvajanje majke i djeteta te im omogućiti ranu i primjerenu interakciju. Neonatalne jedinice u tom pogledu moraju biti fleksibilne i prilagođene obiteljima.

Roditeljima treba osigurati neograničen pristup njihovom hospitaliziranom djetetu, prostorije za boravak roditelja u jedinici, udobne fotelje s podupiračima za noge te podršku zdravstvenog osoblja. Sa svakom majkom nedonoščeta treba razgovarati i ponuditi joj KS čim se stanje djeteta stabilizira. Roditelje je potrebno upoznati sa svim prednostima ove njege i načinom na koji se izvodi. Prilikom savjetovanja o KS-i treba uzeti u obzir spremnost majke. Potrebno je brižno i strpljivo odgovoriti na sva njezina pitanja. KS zahtijeva stalnu prisutnost majke pa je korisno objasniti joj prednosti ove metode i razgovarati s njom o njezinim mogućnostima te je motivirati. Idealno je osigurati majci kontinuirani smještaj u sobi uz dijete. Kada to nije moguće, treba poticati što dulji boravak majke uz dijete. Ukoliko se pojave prepreke, treba razgovarati o njima i pokušati naći rješenje kako bi podržali KS. S majkom se dogovara vrijeme koje je prikladno za nju i za dijete. Sve majke mogu pružiti KS, bez obzira na dob, paritet, obrazovanje, kulturna i religijska uvjerenja. Za provođenje ovog tretmana nisu potrebni posebni sadržaji ali treba obratiti pozornost na udobnost majke i djeteta, omogućiti im odgovarajuću privatnost (paravani) i osigurati umirujuće okruženje. Roditelji mogu za to vrijeme čitati ili čak spavati, dok se korištenje mobitela ne preporučuje. Ukoliko je majka u nemogućnosti provoditi KS, otac je može zamijeniti (WHO 2003; Agarwal 2019; Davanzo 2013).

Majka može nositi odjeću koja je njoj najudobnija pod uvjetom da je dijete čvrsto priljubljeno uz njezinu kožu. Postoje topiči od lycra, posebno dizajnirani za ovu

namjenu. Svakodnevno tuširanje, presvlačenje te održavanje kratkih i čistih noktiju na rukama je dovoljno za majčinu higijenu, a prioritetno je adekvatno pranje ruku osobito nakon korištenja toaleta i prije kontakta s djetetom. Ukoliko majka ima dugu kosu, ona bi trebala biti povezana. Djetetu osim pelene, kapice i čarapica nije potrebna nikakva odjeća, ukoliko je temperatura prostorije 22-24 °C. Ukoliko je temperatura prostorije niža, ili je majci i djetetu tako udobnije, preko leđa djeteta može se staviti pamučna dekinga (WHO 2003; Agarwal 2019; Davanzo 2013).

U mnogim razvijenim zemljama svijeta provodi se intermitentna KS u trajanju od najmanje 1-3 sata jer česta manipulacija može biti stresna za nedonošče. Ne postoji maksimalno vremensko ograničenje pod uvjetom da je majci udobno i da je dijete stabilno. KS se provodi sve dok dijete ne pokaže znakove netolerancije (znojenje, meškoljenje i odbijanje položaja).

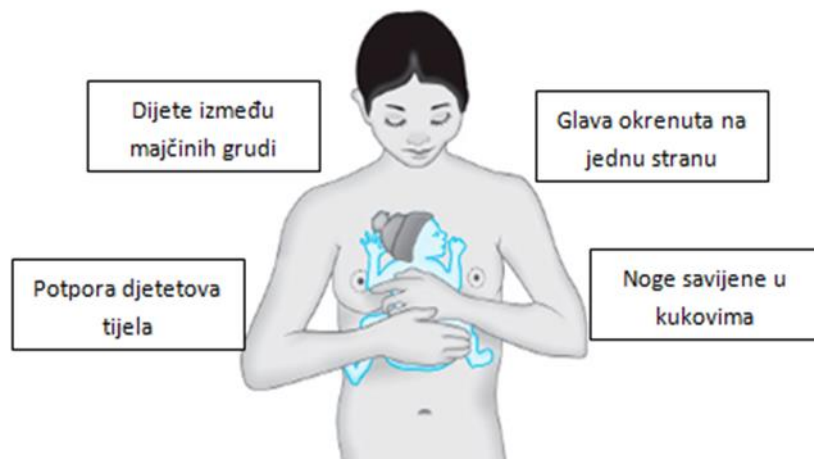
KS se provodi što je duže moguće, a poželjno je sve dok dijete ne dostigne termin poroda ili težinu oko 2500 g. Kada se dijete počinje grčiti kako bi pokazalo nelagodu, izvlači udove, plače i buni se svaki put kad ga majka pokuša staviti u položaj koža na kožu vrijeme je da se prekine s KS-i (WHO 2003; Agarwal 2019; Davanzo 2013).

Novorođenčad koja prima KS treba pažljivo nadzirati. Dijete treba prije provođenja ove njege biti hemodinamski stabilno. Za neku nedonoščad, osobito onu izuzetno niske porođajne mase može proći i nekoliko dana do nekoliko tjedana prije nego im zdravstveno stanje dopušta početak KS-i. Neka nedonoščad iako su hemodinamski stabilna još uvijek zahtijevaju kontinuirano liječenje u obliku intravenozne primjene tekućine i lijekova, terapije kisikom, mehaničke ventilacije, hranjenja putem želučane sonde i dr. Stoga je uloga medicinskih sestara u kontinuiranom nadzoru djeteta za vrijeme KS-i vrlo važna i zapravo neophodna za sigurnost djeteta, osobito nedonoščeta. Kontinuiranim monitoringom i pažljivim praćenjem saturacije, disanja, srčane akcije, tjelesne temperature i aktivnosti djeteta na vrijeme se uočavaju znakovi opasnosti. Sestrinsko osoblje mora osigurati vrat novorođenčeta kako bi se izbjegla fleksija ili hiperekstenzija, dišni put treba biti prohodan, disanje redovito, boja ružičasta, a novorođenče termostabilno. Roditelje treba uključiti u promatranje novorođenčeta tijekom KS-i i prijenos nedonoščeta iz inkubatora i u njega na nježan i siguran način. Posebno ih treba upozoriti na mogućnost pojave apneje i što mogu učiniti u tom slučaju. Roditelje je potrebno naučiti promatrati djetetov obrazac disanja

i objasniti da je prisutnost varijacija u disanju očekivana kako se ne bi još više uplašili. Roditelji mogu stimulirati disanje laganim trljanjem leđa ili glave i pokretima ljuljanja dok dijete ne prodiše (WHO 2003; Agarwal 2019; Davanzo 2013).

5.3.2. Položaj majke i djeteta

Dijete se postavlja u vertikalni položaj na majčine grudi i ispod njene odjeće. Glavu treba okrenuti na jednu stranu i držati je u lagano zabačenom položaju. Ovaj položaj osigurava dišni put otvorenim i omogućuje kontakt očima u oči između majke i njezinog djeteta. Ruke i noge u kukovima treba saviti i postaviti dijete u takozvani žablji položaj. Trbuh bi trebao biti na razini majčinog epigastrija. Majčino disanje stimulira dijete, smanjujući tako pojavu apneje. Majka se nalazi u poluležećem položaju kako bi se izbjegao želučani refluks u novorođenčeta (Agarwal 2019).



Slika 2: Dijete u položaju kontakt koža na kožu

Preuzeto iz: Protocols in Neonatology. Noble Vision;2019.

5.4. Podrška laktaciji i dojenju

Majčino mlijeko idealno odgovara djetetovim potrebama, čak i kada se ono rodi prije termina ili je male porođajne mase. Majčino mlijeko je stoga najbolja hrana

za nedonošćad, a dojenje je najbolji način hranjenja. Majčino mlijeko uvijek treba smatrati nutritivnim prioritetom zbog jedinstvenog sastava, koji se prilagođava djetetovoj gestacijskoj dob i potrebama. Dojenje nedonošćadi i novorođenčadi niske rodne mase težak je zadatak za majku i gotovo je nemoguć bez velikog zalaganja zdravstvenih djelatnika. Osoblje treba biti upoznato s prednostima dojenja te vješto u pomoći majkama da nahrane svoje dijete, a krajnji cilj je isključivo dojenje (WHO 2003).

Skupina stručnjaka iz skandinavskih zemalja i Quebeca razradila je 2012. godine program pod nazivom Inicijativa Rodilište prijatelj djece za odjele neonatologije (Baby Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards ili Neo-BFHI). Program se zasniva na Tri vodeća načela i proširenih Deset koraka do uspješnog dojenja koje bi se trebale provoditi u JILN-u s ciljem zaštite, promicanja i podrške dojenju. Hrvatska se 2013. godine uključila u provođenje tog programa (Pavičić Bošnjak 2018).

5.4.1. Poticanje laktacije

Mnoge majke koje su prijevremeno rodile možda još nisu donijele konačnu odluku o tome hoće li dojiti svoje dijete. Stoga je potrebno majke informirati o svim prednostima prehrane nedonoščeta majčinim mlijekom i utjecaja dojenja na majku i dijete. U ovom početnom razdoblju majci je potrebna velika podrška i poticaj za uspostavu i održavanje laktacije dok dijete nije spremno za dojenje.

Obzirom da mnoga nedonošćad u početku nije sposobna dojiti, majku treba poticati na redovito izdavanje kako bi uspostavila i održala laktaciju te osigurala dostatnu količinu mlijeka za svoje dijete. Majke treba obavijestiti da je prilikom pokretanja laktacije potrebno izdajati svaka 2 do 3h, a nakon što se uspostavi dobra opskrba mlijekom, nastaviti izdajati najmanje osam puta tijekom 24h. Izdavanje je vještina koja se uči stoga je svaku majku koja se odluči izdajati potrebno poučiti tehnikama izdavanja i postupcima koji olakšavaju refleks otpuštanja mlijeka te im dati smjernice za prikupljanje, čuvanje i transport majčinog mlijeka. Majkama je potrebno dati i pisane upute ali one ne smiju zamijeniti individualiziranu usmenu poduku i savjetovanje. Korisno je procijeniti majčine vještine te svakodnevno evidentirati

količinu izdojenog mlijeka, a potom zajedno s majkom analizirati i rješavati njezine potrebe. Vođenje dnevnika izdavanja je korisno ne samo zato jer pokazuje napredak iz dana u dan, već može i pomoći prepoznati pojavu poteškoća koje treba riješiti.

Mnoge majke koje su prerano rodile imaju poteškoća s adekvatnom opskrbom mlijeka. Provođenje klokanske njege, neograničene posjete, rano i redovito izdavanje, hranjenje nedonoščeta prvim kapima kolostruma, smanjenje doživljaja stresa te odmor majke su strategije koje pridonose povećanju proizvodnje mlijeka. Izdavanje je naporan posao i majkama treba nastojati pomoći prevladati izazove s kojima se susreću prilikom uspostavljanja i održavanja laktacije. Veliki značaj imaju riječi podrške i ohrabrenja. Potrebno im je reći da je u početku uobičajeno izdojiti vrlo male količine mlijeka dok se opskrba mlijekom ne poveća. Korisno je pohvaliti majčin trud svaki put kad izdoji mlijeko za svoje dijete, čak i ako proizvede samo par kapi mlijeka. Dobro je uvijek pitati ima li kakvih problema s opskrbom mlijeka ili s prsima. Svakoj majci koja ima poteškoće s izdavanjem ili grudima potrebna je individualizirana pomoć i podrška. Majke trebaju biti upoznate na koji način mogu dobiti trenutnu stručnu pomoć kada i ako naiđu na probleme s laktacijom. (Abrams & Hurst 2020; BAPM 2020; Gedes et al. 2013; Gupta & Parikh 2020). Certificirana savjetnica za dojenje, svojim specijaliziranim znanjem i vještinama iz područja laktacije i dojenja specifičnoj za jedinice intenzivnog liječenja novorođenčadi, može uvelike pomoći majkama i poboljšati ishode dojenja (Leeman et al. 2019).

Očeve je također potrebno uključiti u sve aspekte edukacije o dojenju jer oni mogu uvelike pomoći majkama. Uz to majkama je vrlo važna podrška i ohrabrenje partnera, stoga ih treba poučiti na koji način mogu majkama pružiti pomoć i podršku. Oni mogu pomoći majkama u kontroli količine izdojenog mlijeka, transportu majčinog mlijeka, hranjenju nedonoščeta majčinim mlijekom alternativnim metodama, higijeni pribora za izdavanje, osiguranju udobnosti majci za vrijeme izdavanja i dojenja te pomoći u prinošenju djeteta na dojku.

5.4.2. Dojenje nedonoščeta

Dojenje nedonoščadi predstavlja poseban izazov za majke, nedonoščad ali i za zdravstvene djelatnike. Važan faktor podrške dojenju je informiranje roditelja o mnogim dobrobitima koje ono pruža majci i djetetu. Osim što prehrana majčinim mlijekom ima imunološke, gastrointestinalne i neuroprotektivne dobrobiti za nedonoščad postoje i dokazi o učincima dojenja na zdravlje majke (BAPM & NNAP 2020). Dojenje povoljno djeluje na povezanost majke i djeteta, njezino emocionalno zdravlje, kao i na ostvarivanje žene u ulozi majke (Ikonen et al. 2015).

Majke se suočavaju s velikim zahtjevima i poteškoćama tijekom dojenja nedonoščadi uključujući poteškoće s pozicioniranjem djeteta na dojku, djetetovim hvatom dojke, odbijanjem dojke, malom količinom mlijeka te drugim komplikacijama s dojkama (Ikonen et al. 2015). Neonatalne sestre trebaju od prvog dana s majkom razgovarati o dojenju i uvjeriti je da postoji mogućnost da doji svoje dijete. Ona treba znati što može očekivati tijekom uspostavljanja direktnog hranjenja na prsima s obzirom na fiziološku nezrelost nedonoščeta. Kada dijete razvije i pokaže znakove sisanja i kada je klinički stabilno potrebno ga je staviti na dojku. Majci je potrebno pomoći udobno se smjestiti i staviti dijete u ispravan položaj za dojenje uz objašnjenje da će to isprva biti nenutritivno sisanje gdje nedonošče samo liže bradavicu i na taj način se upoznaje s dojkom i okusom majčinog mlijeka, ali i razvija vještine sisanja. To iskustvo pomaže oblikovati željeno ponašanje i napredovanje do nutritivnog sisanja. Sposobnost nutritivnog sisanja razvija se s vremenom, a ovisi o brojnim parametrima poput gestacijske dobi, starosti, prisutnosti ili odsutnosti medicinskih komplikacija, sazrijevanju sisanja, a osobito učestalosti postavljanja djeteta na dojku (Walker 2011).

Pošto nedonoščad u početku slabo siše i brže se umara, ono će vrlo često zaspati tijekom hranjenja ili imati duge pauze odmora tijekom dojenja. Majci je potrebno objasniti da će dojenje postajati sve lakše kako dijete postaje starije i veće. Pravilno postavljanje na dojku i podrška zdravstvenog osoblja pomaže nadoknaditi brojne nedostatke u sposobnosti dojenja nedonoščeta. U tehnike za svladavanje teškoća pri dojenju ubrajamo adekvatan položaj kod hranjenja, potporu čeljusti, uporabu šeširića te mirno i tiho okruženje. Pažljivo informiranje i praktično savjetovanje o dojenju

temeljeno na dokazima od vitalnog je značaja za majke kao i intenzivna emocionalna podrška tijekom nailaženja na probleme (Niela-Vilén et al. 2015). Ishodi dojenja su optimalni ako majka i dijete uspostave isključivo dojenje prije ili neposredno nakon otpusta (Walker 2011).

5.5. Edukacija roditelja o alternativnim metodama hranjenja

Mnoga nedonoščad u početku nisu u mogućnosti dojiti i hrane se alternativnim metodama hranjenja. Nedonoščad se može hraniti želučanom sondom, čašicom, žličicom, štrcaljkom ili bočicom, ovisno o njegovom kliničkom stanju i smjernicama bolnice. Roditelje je potrebno educirati na koji način nahraniti svoje dijete odgovarajućom količinom majčinog mlijeka. Edukacija roditelja može biti od velike pomoći i u smanjenju njihova doživljaja stresa, razvoja simptoma depresije i omogućiti bolju povezanost i interakciju sa djetetom (Davidson et al. 2007).

Roditelje treba upoznati s priborom za alternativno hranjenje njihova djeteta te im pomoći usvojiti praktične vještine hranjenja. Sve alternativne metode hranjenja su vrlo jednostavne, praktične i lako ih je primjeniti, no roditeljima se mogu učiniti zahtjevnima jer iziskuju savladavanje određenih vještina. Treba napomenuti da, bez obzira na način hranjenja, dijete treba nahraniti majčinim mlijekom osim ako postoji kontraindikacija ili majčinog mlijeka nema dovoljno.

Za roditelje koji žele pružiti izravnu skrb i njegu svom djetetu, hranjenje je posebno važna aktivnost njegovanja. Roditeljima kojima je ovo prvo dijete često su neiskusni i nedostastno pripremljeni za početak hranjenja djeteta stoga im se hranjenje nedonoščeta čini još složenije. Roditelji prilikom hranjenja nedonoščeta u JILN-u doživljavaju široki raspon emocija, od pozitivnih do negativnih. Roditelji se znatno razlikuju i po svojim potrebama za učenjem. Postupak poučavanja hranjenja nedonoščeta je individualiziran proces koji se odvija kroz različito vrijeme i kroz različite pristupe. U nekim slučajevima potrebe za učenjem su minimalne i zadovoljene u kratkom vremenskom razdoblju dok su za neke složenije i dugotrajnije (Stevens et al. 2014).

Poželjno je od samoga početka roditeljima objasniti i na praktičan način pokazati kako se njihovo dijete hrani te ih potaknuti i uključiti u postupak hranjenja. Poželjno je roditeljima dati edukativne pisane ili video materijale. Roditelji će možda u početku biti uplašeni, stoga ih treba ohrabriti i motivirati. Medicinske sestre trebaju procjenjivati roditelje i dati im vremena u svladavanju potrebnih vještina. Čim roditelji usvoje tehniku hranjenja, treba ih potaknuti da potpuno preuzmu tu ulogu kada su prisutni uz dijete kako bi se osjećali korisnima (slika 3). Očevima to predstavlja posebno zadovoljstvo jer cijene priliku da i oni mogu učiniti nešto za svoje dijete.



Slika 3. Otac hrani dijete putem želučane sonde za vrijeme provođenja klockanske skrbi, slika iz arhive Zavoda za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu, KBC Zagreb

Hranjenje nedonoščadi može biti za roditelje vrlo zahtjevno i tražiti dodatne vještine da bi bilo uspješno. Stoga medicinske sestre igraju ključnu ulogu u pomoći roditeljima u učenju prepoznajući roditeljske potrebe za učenjem, podučavajući ih te pokazujući odgovarajuće tehnike hranjenja, uvažavajući njihove osjećaje tjeskobe, straha, neugodnosti i nervoze ili uzbuđenja (Stevens et al. 2014).

6. PRIPREMA ZA ODLAZAK DJETETA KUĆI

Najkritičniji trenutak za roditelje nedonoščadi je upravo onaj kada preuzimaju potpunu odgovornost za brigu o djetetu, bez pomoći medicinskog i ostalog stručnog osoblja koje su imali na raspolaganju u bolnici (Jones et al.2009). Nedonoščad zbog svojih posebnosti zahtijeva veću pažnju i skrb kod kuće od donešenog djeteta što može dovesti do pretjerane zabrinutosti roditelja koja utječe na njihovu sposobnost da se brinu o djetetu. Roditelji su zabrinuti ne samo zbog potrebe za posebnom skrbi već i zbog straha da se dijete ne razboli ili ima ozbiljne komplikacije. To može dovesti do takve nesigurnosti da ometa navike i rutine svih članova obitelji (Morias et el. 2008).

Jedan od najvažnijih aspekata brige o prijevremeno rođenom djetetu je priprema za otpust djeteta iz bolnice koja započinje od prijema nedonoščeta u JILN uključivanjem roditelja u skrb o djetetu. Sudjelovanje roditelja ima pozitivan učinak na njihovo samopouzdanje u ophođenju s djetetom i spremnost da preuzmu punu odgovornost za brigu o djetetu kod kuće. Kako bi umanjili njihovu zabrinutost i strah roditelje treba dobro pripremiti za odlazak djeteta kući. Sveobuhvatno planiranje otpusta jednako je važno kao i medicinska skrb koju je dijete dobilo u neonatološkoj jedinici, a zahtijeva timski pristup koji uključuje neonatologa, specijaliste pedijatrije, djetetovog pedijatra, medicinske sestre, socijalnog radnika, savjetnicu za dojenje, fizioterapeute, patronažnu sestru i najvažnije, obitelj djeteta. Obitelji je potrebno vrijeme da se pripreme za brigu o svom djetetu u kućnim uvjetima te da ostvare potrebne usluge podrške i mobiliziraju resurse zajednice. Sve veći broj djece otpušta se s neriješenim medicinskim problemima ili posebnim zdravstvenim potrebama koje zahtijevaju neki oblik tehnološke podrške kao npr. hranjenje putem želučane sonde, terapiju kisikom, toaletu dišnih puteva, kućnu ventilaciju i drugo (American Academy of Pediatrics 2008).

Kada se dijete otpušta iz bolnice roditeljima treba dati detaljne usmene i pisane upute kako da se brinu o djetetu. Roditelji bi do trenutka otpusta djeteta iz bolnice trebali znati:

- primijeniti kontakt koža na kožu

- odjenuti dijete i osigurati termostabilnost
- okupati dijete i ugrijati ga nakon kupanja
- dojiti dijete tijekom dana i noću prema uputama
- hraniti dijete alternativnim načinima hranjenja
- prepoznati i odgovoriti na djetetove potrebe
- primijeniti terapiju koja je propisana
- provoditi specijalnu njegu ovisno o djetetovim zdravstvenim potrebama
- kada i gdje je potrebno doći na kontrolni pregled
- gdje dobiti dodatnu stručnu zdravstvenu i socijalnu podršku
- prepoznati znakove opasnosti
- gdje hitno zatražiti pomoć ako se pojave znakovi opasnosti

Roditeljima je potrebno naglasiti da je uvijek bolje potražiti pomoć ako su oko nečega zabrinuti nego zanemariti važne simptome.

7. ZAKLJUČAK

Pred zdravstvene djelatnike su stavljeni sve veći zahtjevi kojima treba udovoljiti kako bi unaprijedili kvalitetu zdravstvene skrbi i poboljšali zdravlje nedonoščadi. Roditelji djeteta su danas nezaobilazna karika u lancu koji vodi ka izlječenju i što bržem otpustu djeteta iz bolnice. Odnos zdravstvenih djelatnika i roditelja treba biti profesionalan i zasnivati se na povjerenju i kvalitetnoj komunikaciji, a roditelje treba uključiti u sve segmente liječenja i zdravstvene njege nedonoščeta. Medicinske sestre imaju vitalnu ulogu u pomoći roditeljima tijekom ovog njima iznimno stresnog i izazovnog iskustva pružanjem emocionalne podrške, točnih i jasnih informacija te uključivanjem roditelja u pružanje skrbi za svoje dijete.

Modeli neonatalne skrbi koji podržavaju i integriraju roditelje u skrb o djetetu pridonose kvaliteti djetetovog okruženja, poboljšavaju ishode u razvoju nedonoščeta te osnažuju roditelje u njihovoj ulozi čineći ih tako spremnijima za odlazak djeteta kući.

Po uzoru na svjetske trendove te prateći brojna znanstvena istraživanja i u nas su se zadnjih nekoliko godina počeli primjenjivati elementi novih modela neonatalne skrbi. Potičući roditelje na što češći boravak uz dijete, uključivanjem roditelja u njegu, poticanjem dojenja te poticanjem kontakta koža na kožu možemo značajno poboljšati ishode liječenja nedonoščadi, iskustva i zadovoljstvo roditelja, emocionalno povezati i ohrabriti obitelj te smanjiti boravak djeteta u bolnici.

8. ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici prof.dr.sc. Ruži Grizelj na ukazanom trudu te savjetima i smjernicama koje je dala pri izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji na podršci i razumijevanju tijekom studiranja.

9. LITERATURA

1. Agarwal R, Deorari AK, Paul VK, Sankar MJ, Sachdeva A. *AIIMS Protocols in Neonatology*. 2nd Ed. New Delhi: Noble Vision; 2019.
2. Als H. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *J Neonatal Perinatal Med*. 2009;2:135-147.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics*. 2008;122(5):1119-1126.
4. Benzies KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13 Suppl 1(Suppl 1):S10.
5. British Association Perinatal Medicine & National Neonatal Audit Programme. *Optimising Early Maternal Breast Milk for Preterm Infants. A Quality Improvement Toolkit*. BAPM & NNAP;2020.
6. Bering SB. Human Milk Oligosaccharides to Prevent Gut Dysfunction and Necrotizing Enterocolitis in Preterm Neonates. *Nutrients*. 2018;10(10):1461.
7. Bry A, Wigert H. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. *BMC Psychol*. 2019;7(1):76.
8. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL. The perils of the imperfect expectation of the perfect baby. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(2):101-105.
9. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16(3):CD002771.
10. Condò V, Cipriani S, Colnaghi M, Bellù R, Zanini R, Bulfoni C, et al. Neonatal respiratory distress syndrome: are risk factors the same in preterm and term infants?. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017;30(11):1267-1272.

11. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol.* 2015;35 Suppl 1(Suppl 1):S5-S8.
12. Davanzo R, Brovedani P, Travan L, Kennedy J, Crocetta A, Sanesi C, et al. Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. *J Hum Lact.* 2013;29(3):332-338.
13. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007;35(2):605-622.
14. Džimbeg M. Uloga medicinske sestre u smanjivanju stresa roditelja u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017 [pristupljeno 11.07.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:442388>.
15. European Association for Children in Hospital. The EACH charter with annotations. *EACH*;2016.
16. Feudtner C, Haney J, Dimmers MA. Spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions. *Pediatrics.* 2003;111(1):e67-e72.
17. Gupta S, Parikh T. Optimizing Own Mother's Milk Supply for NICU Babies. *Journal of Neonatology.* 2020;34(1-2):83-87.
18. Geddes D, Hartmann P, Jones E. Preterm birth: Strategies for establishing adequate milk production and successful lactation. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2013;18(3):155-159.
19. Hall SL, Hynan MT, Phillips R, Lassen S, Craig JW, Goyer E, et al. The neonatal intensive parenting unit: an introduction. *J Perinatol.* 2017;37(12):1259-1264.
20. He SW, Xiong YE, Zhu LH, Lv B, Gao XR, Xiong H, et al. Impact of family integrated care on infants' clinical outcomes in two children's hospitals in China: a pre-post intervention study. *Ital J Pediatr.* 2018;44(1):65.

21. Hunt H, Whear R, Boddy K, Wakely L, Bethel A, Morris C, et al. Parent-to-parent support interventions for parents of babies cared for in a neonatal unit - protocol of a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev* 2018;7(1):179.
22. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2019. godinu. HZJZ;2020.
23. Ionio C, Lista G, Mascheroni E, Olivari MG, Confalonieri E, Mastrangelo M, et al. Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship. *J Reprod Infant Psychol.* 2017;35(5):509-523.
24. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Adv Neonatal Care.* 2015;15(6):394-406.
25. Jones L, Rowe J, Becker T. Appraisal, coping and social support as predictors of psychological distress and parenting efficacy in parents of premature infants. *Children's Health Care.* 2009;38(4):245-262.
26. Khalesi N, Anjom FS, Rezaeizadeh G, Farahani Z. Evaluation of Parents' Awareness and Knowledge about Problems and Issues Related to Their Premature Infants in an Iranian Hospital. *Open J Nurs.* 2015;5(5):465-469.
27. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol.* 2010;39 Suppl 1(Suppl 1):i144-i154.
28. Levetown M; American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics.* 2008;121(5):e1441-e1460.
29. Leeman KT, Barbas K, Strauss J, Adams S, Sussman-Karten K, Kelly A, et al. Improving Access to Lactation Consultation and Early Breast Milk Use in an Outborn NICU. *Pediatr Qual Saf.* 2019;4(1):e130.
30. Lindberg B, Axelsson K, Öhrling K. The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *J Neonatal Nurs.* 2007;13(4):142-149.

31. Li Y, Gao XY, Xiang XY, Dai HM, Yang L, Shoo KMY, et al. Effect of family integrate care on the development of preterm infants at 18 months of age. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2016;54(12):902-907.
32. Lorié ES, Wreesmann WW, van Veenendaal NR, van Kempen AAMW, Labrie NHM. Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (intensive) care unit: A qualitative interview study. *Patient Educ Couns*. 2021;104(7):1518-1525.
33. Mardešić D, i sur. *Pedijatrija*. 8.izd. Zagreb: Školska knjiga; 2016.
34. MacDonald MG, Seshia MMK, Mullett MD. *Avery's Neonatology*; 6th Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
35. Maternal and Child Health Integrated Program. *Kangaroo Mother Care Implementation Guide*. MCHIP; 2012.
36. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006;118(5):e1414-e1427.
37. McManus BM, Poehlmann J. Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of life for preterm infants in Wisconsin. *Child Care Health Dev*. 2012;38(3):425-434.
38. Morias AC, Quirino MD, Almeida MS. Home care of the premature baby. *Acta Paul Enferm*. 2008;22(1):24-30.
39. Niela-Vilén H, Axelin A, Melender HL, Salanterä S. Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Matern Child Nutr*. 2015;11(4):712-726.
40. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ*. 2009;18(3):23-29.
41. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, et al. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent

outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(4):245-254.

42. Orzalesi M, Aite L. Communication with parents in neonatal intensive care. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24 Suppl 1:135-137.

43. Payne E. A Brief History of Advances in neonatal care. [Internet]. 2016 Jan 5 [Pristupljeno 10.07.2021.]. Dostupno na: <https://www.nicuawareness.org/blog/a-brief-history-of-advances-in-neonatal-care>.

44. Pavičić Bošnjak A. Program podrške dojenju u jedinicama intenzivne neonatalne skrbi: koraci i izazovi. *Paediatr Croat*. 2018;62 (Supl 1):66-72.

45. Rahkonen P, Heinonen K, Pesonen AK, Lano A, Autti T, Puosi R, et al. Mother-child interaction is associated with neurocognitive outcome in extremely low gestational age children. *Scand J Psychol*. 2014;55(4):311-318.

46. Russell G, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr*. 2014;14:230.

47. Sears W, Sears J, Sears R. *Njega i zdravlje nedonoščadi*. Zagreb: Mozaik knjiga; 2014.

48. Sipl M, Dorner S, Berecki I. Novorođenčka razvojna njega i nadzor. *Pediatr Croat*. 2018;62(Supl 1):73-79.

49. Soni R, Tscherning C. Family-centred and developmental care on the neonatal unit. *Elsevier Ltd* 2020;31(1):18-23.

50. Stefana A, Lavelli M. Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study. *BMJ Open*. 2017;7(2):e013824.

51. Steiner L, Diesner SC, Voitl P. Risk of infection in the first year of life in preterm children: An Austrian observational study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0224766.

52. Stevens EE, Gazza E, Pickler R. Parental experience learning to feed their preterm infants. *Adv Neonatal Care*. 2014;14(5):354-361.

53. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, et al. Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Public Health*. 2018;6:359.
54. UNICEF – Ured za Hrvatsku. Promicanje dojenja u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i njege (zbornik radova). UNICEF – Ured za Hrvatsku. Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske; 2015.
55. U.S. Department of health and human services. Public Health Service. National Institutes of Health. Neonatal intensive care. A history of excellence. NIH; 1992.
56. Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician: using the evidence. 2nd Ed. Ontario: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
57. Wigert H, Dellenmark Blom M, Bry K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatr*. 2014;14:304.
58. World Health Organization. Born too soon. The global action report on preterm birth. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
59. World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2003.

10. ŽIVOTOPIS

Branka Muhić je rođena 30.06.1978. godine u Zagrebu. Srednjoškolsko obrazovanje je završila 1997. kao maturantica Škole za primalje. Iduće godine započinje sa pripravničkim stažom na Klinici za pedijatriju KBC-a Zagreb. Nakon položenog stručnog ispita nastavlja svoj profesionalni rad na Zavodu za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu, Klinike za pedijatriju gdje posljednjih godina radi kao voditeljica tima. Oduvijek je smatrala da je za kvalitetan sestrinski rad nužno cjeloživotno obrazovanje, stoga se redovito educirala na brojnim dodatnim edukacijama i stručnim predavanjima. 2016. godine uspješno je završila tečaj Europskog vijeća za reanimaciju, EPALS - European Pediatric Advanced Life Support. Dodiplomski studij na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, smjer sestrinstvo, završila je 2019. studirajući uz rad. Iste godine nastavlja svoje usavršavanje na Diplomskom studiju sestrinstva pri Medicinskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu. Nakon provedenog usavršavanja iz područja laktacije i dojenja, 2020. godine pristupila je međunarodnom ispitu te stekla certifikat IBCLC (International Board Certified Lactacion Consultant) savjetnice za dojenje. Stečena znanja je uvijek nastojala primjenjivati u svome radu i nesebično ih dijeliti. Aktivni je sudionik mnogih sestrinskih skupova. Autor je i koautor nekoliko stručnih radova. Hrvatska udruga medicinskih sestara dodjelila joj je 2017. priznanje za poseban doprinos i predani rad. Gradska skupština grada Zagreba dodijelila joj je, kao članu radne skupine znanstvenika i stručnjaka Medicinskog fakulteta sveučilišta u Zagrebu i Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Nagradu grada Zagreba za uspješno razdvajanje sijamskih blizanki. Član je Organizacijskog odbora tečaja trajnog usavršavanja neonatalnih medicinskih sestara gdje daje svoj doprinos kao predavač i kao aktivni sudionik. Odgovorna je i profesionalna u svome radu. Koordinira timom smireno i staloženo te svoje znanje i iskustvo rado prenosi drugima i motivira ih na primjenu i usvajanje novih znanja i spoznaja kako bi doprinjeli unapređenju i kvaliteti sestrinskog rada.