

ŠKOLA RODITELJSTVA: PRIPREMA NEDONOŠČETA ZA OTPUST IZ RODILIŠTA

MILAN STANOJEVIĆ*

Novorođenčad i nedonoščad koja se liječe u Jedinici intenzivne novorođenačke terapije (JINT) zahtijevaju sistematičan pristup u trenutku otpusta iz bolnice. Pripreme za otpust iz bolnice trebalo bi započeti u trenutku primitka djeteta u JINT. Pomnim planiranjem otpusta može se smanjiti mortalitet i morbiditet te djece, a osim toga smanjuje se i strah i neizvjesnost roditelja. Ovdje su navedene najvažniji postupci koje bi trebalo provesti prije otpusta djeteta kući, u provođenju kojih sudjeluju brojni stručnjaci (multidisciplinarni pristup). Nažalost u Republici Hrvatskoj je taj multidisciplinarni pristup katkada nemoguć zbog nedostatka odgovarajućeg stručnog osoblja i prezaposlenosti postojećih medicinskih kadrova koji se pitanjima otpusta nedonoščeta iz JINT bave samo na onoj razini koju im omogućuje opterećenje postojećim obvezama skrbi za bolesnu nedonoščad i novorođenčad. Ove nedostatke sustava katkada nadoknađuje djelatnost nevladinih udruga roditelja ove djece.

Deskriptori: NEDONOŠČAD, JEDINICA NOVOROĐENAČKOG INTENZIVNOG LIJEČENJA, OTPUST IZ BOLNICE, ŠKOLA RODITELJSTVA

Uvod

Kada se odlučuju za dijete, roditelji očekuju zdravo potomstvo i bilo kakvo odstupanje od koncepta "perfektnog djeteta" za mnoge roditelje predstavlja veliki psihološki problem povezan sa strahom, neizvjesnošću i nesigurnošću (1). Prijevremeno rođenje se u Hrvatskoj već desetljećima događa u oko 5-8% trudnoća godišnje, od čega je oko 1% nedonoščadi gestacijske dobi manje od 31 tjedan i porodne težine manje od 1500 g (2). Nezrelost organskih sustava nedonoščeta rezultira povećanim rizikom od pojave neurorazvojnih poremećaja poput cerebralne paralize, mentalne retardacije, poremećaja vida i sluha, poremećaja kognitivnih funkcija i učenja, hiperkinetskih, emocionalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, te postnatalnog zaostatka rasta (3). Osim toga nedonošćenost može imati posljedice za cijeli život.

Tako je u jednom istraživanju iz Švedske ustanovljeno da je rizik umiranja u ranoj adolescentnoj dobi to veći što je gestacijska dob u trenutku rođenja bila manja (4). Adolescenti koji su bili rođeni s gestacijskom dobi od 22 do 27 tjedana imaju rizik umiranja u ranoj adolescentnoj dobi 1,91 puta veći od onih koji su bili rođeni na vrijeme (4). Prema uzrocima smrti na prvom mjestu su prirodne greške u razvoju, respiratorne, endokrinološke i kardiovaskularne bolesti, dok smrtnost od karcinoma ili nesreća nije bila povećana (4). U istraživanju devetnaestogodišnjaka rođenih kao djeca gestacijske dobi od 32 tjedna i porodne težine 1500 g i manje, njih 47,1% je bilo bez ikakvog neurorazvojnog oštećenja, a broj manjih oštećenja je bio u porastu s dobi ispitanika, dok je broj težih oštećenja bio nepromijenjen (5). Najviše su bili pogođeni oni ispitanici koji su bili mali za gestacijsku dob (5).

do 66% majki nedonoščadi, a depresija u majki može trajati do dvije godine i može značajno utjecati na pogoršanje neurorazvojnog ishoda nedonoščadi naročito one ispod 30 tjedana gestacije (7).

Psihološka potpora roditeljima sa svrhom smanjenja stresa, anksioznosti i depresije uz povećanje majčinog osjećaja samo-efikasnosti uz podizanje njezine svijesti o potrebi interakcije s djetetom pozitivno utječe na okoliš u kojem se dijete razvija poboljšavajući krajnji sveukupni ishod nedonošenog djeteta (3, 8-10). Edukacija roditelja o rastu i razvoju nedonoščeta, njegovom ponašanju s tumačenjem glavnih obrazaca ponašanja nedonoščeta, uz aktivno uključivanje roditelja u interakciju s nedonoščetom doprinosi boljem razvoju nedonoščeta (3, 11). U odnosu na roditelje postoje tri važne skupine postupaka koji mogu doprinijeti poboljšanju neurorazvojnog ishoda, a to su: psihosocijalna potpora roditeljima, učenje roditeljskih vještina i terapijska neurorazvojna skrb za dijete. Čini se da postoji veza između edukacije roditelja i neurorazvojnog ishoda djeteta (3-6, 12, 13). Nije posve jasno koja vrsta intervencije i koja vrsta edukacije najbolje utječu na neurorazvojni ishod djeteta (3-6).

*Klinička bolnica "Sveti Duh", Zagreb
Klinika za ginekologiju i porodništvo
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
Odjel za neonatologiju

Adresa za dopisivanje:
Prof. dr. sc. Milan Stanojević
Klinička bolnica "Sveti Duh", Zagreb
10000 Zagreb, Sveti duh 64
E-mail: mstanoje29@yahoo.com

Obitelji koje se skrbe za nedonoščad češće se suočavaju s iskustvom povećanog stresa, anksioznošću i depresijom koji utječu na majčinu interakciju s djetetom, što onda u konačnici utječe na krajnji neurorazvojni ishod nedonoščeta (5, 6). Depresija se može naći kod 7% do 19% majki donošene djece, te kod 28%

Prema obitelji usmjerena skrb zajedno sa sestrinskom kliničkom skrbi i kvalitetom skrbi i sigurnošću nalaze se na drugom, trećem i četvrtom mjestu po važnosti za istraživanja u europskoj sestrinskoj neonatalnoj intenzivnoj skrbi odmah iza stresa i boli (14, 15). Boravak i otpust nedonoščeta iz JINT svakako su sastavnice prema obitelji usmjerene skrbi, te će o otpustu nedonoščeta iz bolnice biti ovdje riječi. Dobra priprema otpusta nedonoščeta iz bolnice predstavlja važan činitelj koji može utjecati na stanje roditelja pa prema tome i na krajnji neurorazvojni ishod nedonoščeta (14).

Planiranje otpusta novorođenčeta iz jedinice intenzivne novorođenačke terapije (JINT)

Za novorođenčad koja iziskuje dugu hospitalizaciju, skraćivanje njezinog trajanja može biti vrlo korisno zbog smanjenja opasnosti od razvoja bolesti povezanih s dugom hospitalizacijom, skraćivanja vremena odvajanja djeteta od roditelja, te smanjenja troškova zdravstvene zaštite (16, 17). Ona novorođenčad koja iziskuje intenzivnu skrb spada u skupinu u kojoj je povećan rizik razvoja morbiditeta i mortaliteta povezan s otpustom iz JINT (16, 17). To se prvenstveno odnosi na nedonoščad koja iziskuje primjenu umjetne strojne ventilacije i drugu tehnološku potporu, onu sa složenim i nesređenim obiteljskim odnosima, te na jako bolesnu novorođenčad koja boluje od neizlječivih bolesti koje mogu uzrokovati ranu smrt (16, 17). Pažljivo planiranje otpusta iz bolnice prvenstveno je potrebno kako se ne bi nepotrebno produžavala hospitalizacija u djece koja su spremna za otpust iz bolnice kao i zbog toga kako otpust iz bolnice ne bi nastupio prije nego su ispunjeni svi medicinski i socijalni uvjeti za otpust djeteta iz bolnice (16, 17). Planiranje otpusta iz bolnice uključuje medicinsku procjenu stanja djeteta koja uključuje svu potrebnu skrb, probir, edukaciju roditelja, te planiranje praćenja stanja djeteta i skrb kod kuće (16, 17).

Planiranje otpusta obično je zadaća medicinskog osoblja koje je skrbiilo za nedonošče tijekom boravka u JINT, a u našim prilikama to su: liječnik koji

skrbi za nedonošče, medicinska sestra, psiholog (ako je dostupan), socijalni radnik (ako je dostupan), pedijatar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i patronažna sestra prema mjestu stanovanja. Proces pripreme za otpust iz JINT započinje u trenutku prijema, a trebale bi obuhvaćati redoviti rad s roditeljima uz obradu određenih tema povezanih sa zdravstvenim stanjem i liječenjem nedonoščeta (16, 17). Uspješna priprema za otpust neosporno poboljšava ishod novorođenčeta te olakšava razdoblje tranzicije prilikom otpusta iz JINT kući (16, 17). Često se susrećemo s pojavom da roditelji na početku kada liječenje tek započinje maštaju o otpustu djeteta kući i često pitaju kako će to izgledati i kada će nastupiti. Kada se međutim vrijeme otpusta približi tada se kod roditelja pojavi strah povezan s odgovornošću za preuzimanje roditeljske uloge i potpune skrbi za dijete, tako da se nerijetko dogodi odgoda otpusta za dan ili dva pod različitim izlikama.

Pri planiranju otpusta treba uzeti u obzir sljedeće (16, 17):

- medicinska procjena stanja djeteta i njegova spremnost za otpust kući,
- spremnost i educiranost roditelja za otpust djeteta,
- izvođenje svih potrebnih probirnih testova i drugih pregleda i pretraga prije otpusta,
- analiza cijelog tijeka boravka u JINT,
- planiranje nastavka medicinske skrbi kod kuće ako ona bude potrebna, što uključuje odgovarajuću opremu, edukaciju roditelja i stvaranje uvjeta za kućnu njegu,
- komunikacija s patronažnom sestrom i s liječnikom primarne zdravstvene zaštite,
- planiranje praćenja rasta i razvoja nakon otpusta kući.

Spremnost novorođenčeta za otpust

Novorođenče koje se otpušta iz JINT mora biti stabilno i zdravo bez akutne bolesti, a nedonoščad se otpušta samo u

slučaju ako pokazuje stabilnost vitalnih i fizioloških funkcija, te ako ne iziskuje skrb od strane profesionalnog medicinskog osoblja (16, 17). To se prvenstveno odnosi na sljedeće funkcije nedonoščeta koje se otpušta (16, 17):

- održavanje normalne tjelesne temperature u krevetiću uz normalnu sobnu temperaturu,
- postojanje normalne respiratorne funkcije bez napada apneja ili bradikardije. Što se vremena tiče koliko bi dugo dijete trebalo biti bez apneja i bradikardije prije otpusta iz JINT, ono nije posve poznato, no smatra se da je razdoblje bez apneja i/ili bradikardije od 5 do 8 dana nakon prestanka davanja kofeina sasvim dostatno za otpust djeteta kući,
- sposobnost normalne prehrane na prsimu ili na dudu i bočicu, tako da se na taj način osigurava stabilan napredak djeteta na težini,
- optimalan napredak djeteta na težini. Optimalan napredak na težini je teško definirati, no smatra se da bi dnevni napredak na težini kod djece porodne težine ispod 2000 g trebao biti 15 g/kg/dan, a za djecu porodne težine veću od 2000 g napredak na težini bi trebao biti od 15-20 g/kg/dan. Rast bi trebalo pratiti na krivuljama rasta, a čini se da su za to najprihvatljivije Fentonove krivulje za djevojčice i dječake koje obuhvaćaju razdoblje od 22 do 50 postmenstruacijskih tjedana, a potom se mogu upotrebljavati krivulje rasta Svjetske zdravstvene organizacije (18, 19).

Priprema novorođenčeta za otpust iz JINT - probir i ostala medicinska skrb

Prije otpusta sva nedonoščad treba proći uobičajene mjere zdravstvene zaštite predviđene Programom mjera iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a koje obuhvaćaju:

- probir na fenilketonuriju i konatalnu hipotireozu, te detaljan pregled i po potrebi dijagnostika ostalih genetskih poremećaja i prirođenih grešaka u razvoju,

- cijepjenje nedonoščadi u kronološkoj dobi kao i na vrijeme rođenih vršnjaka, s tim da bi visoko rizičnoj skupini nedonoščadi trebalo ponuditi i cijepjenje protiv ROTA virusa i pneumokoka, a u sezoni gripe bi roditelji i oni koji skrbe za nedonoščad trebali biti cijepjeni protiv gripe,
- tijekom sezone respiratornog sincicijskog virusa (RSV) u visoko rizične nedonoščadi (32 i manje tjedana gestacije) bi tijekom RSV sezone trebalo provoditi imunoprofilaksu palivizumabom kroz 5 mjeseci,
- u sve djece kod koje postoji rizik pojave premature retinopatije trebalo bi provoditi rutinski probir na prematuru retinopatiju sve dok ne dođe do potpunog dozrijevanja vaskularizacije mrežnice, a potom bi oftalmološko praćenje trebalo nastaviti zbog češće pojave ostalih oftalmoloških problema kod visoko rizične nedonoščadi kao što su slabovidnost, nistagmus, strabizam i sl.,
- sva nedonoščad mora biti podvrgnuta probiru sluha sukladno preporukama, tako da se prvi razina probira obavi u ustanovi gdje su liječeni, ako nema odgovora šalju se na drugi stupanj u istu ili drugu ustanovu, te na treću razinu probra sluha u slučaju potrebe. U okviru neuropedijatrijske obrade većina visokorizične nedonoščadi će imati vidne, slušne i somatosenzorne evocirane potencijale,
- sva nedonoščad u JINT će biti podvrgnuta ultrazvučnim pregledima mozga u svrhu otkrivanja intrakranijalnih krvarenja, hipoksično ishemične encefalopatije i prirodnih grešaka u razvoju,
- u većine nedonoščadi prije otpusta treba tragati za anemijom, te za neonatalnom osteopenijom. Svima će biti potrebno dati odgovarajuću dozu vitamina D i željeza, a roditelje će biti potrebno naučiti kako nedonoščadi davati navedene lijekove.

Procjena tijeka hospitalizacije u JINT

Sva djeca koja su bila jako bolesna predstavljaju visoko rizičnu djecu, a pažljiva analiza hospitalizacije će doprinijeti boljoj pripremi za otpusta djeteta iz bolnice te započinjanje ambulantne skrbi za dijete (16, 17). Potrebno je dobro analizirati sve dodatne pretrage kao što su ultrazvuk glave, magnetska rezonancija ili ehokardiografija. Ukoliko je za bilo koju od navedenih pretraga potrebna konzultacija subspecialista, potrebno ju je učiniti prije otpusta.

Plan nastavka skrbi u kući

Nedonoščad koja ne iziskuje dodatnu opremu i s njome povezanu medicinsku skrb zahtijevat će samo odgovarajuću prehranu i njegu koju roditelji mogu savladati tijekom boravka djeteta u JINT u tzv. školi roditeljstva (16, 17). U slučaju ovisnosti o kisiku ili umjetnoj ventilaciji, praćenju kardiorespiratorne funkcije, posebnim načinima prehrane ili skrbi za traheostomu, može biti potrebno angažirati dodatne medicinske stručnjake ili članove obitelji koji bi se brinuli o djetetu zajedno s roditeljima (16, 17).

U nekim slučajevima bit će potrebno angažirati i socijalnog radnika koji će pomoći obitelji u iznalaženju načina organizacije života koji najviše odgovaraju situaciji u obitelji. To se posebno odnosi na roditelje koji imaju financijske poteškoće koje će se zasigurno povećati zbog dolaska kući djeteta koje ima vrlo komplicirane zdravstvene potrebe koje poskupljuju svakodnevni život. Majke djece čija djeca se liječe u JINT na početku njihova liječenja sklonije su depresiji kao i u drugoj godini nakon njihova otpusta iz bolnice (3, 5, 6). U ovome slučaju osim institucionalne pomoći treba spomenuti i različite nevladine organizacije i karitativnu pomoć koja je dostupna roditeljima takve djece. Sudeći prema broju nevladinih organizacija koje su posvećene različitim skupinama djece s posebnim potrebama koje djeluju u Republici Hrvatskoj, za sada institucionalno ovaj problem unutar vladinih organizacija i tijela nije riješen na najbolji način. Osim toga propisi kojima su regulirana prava te dje-

ce su toliko komplicirani a katkada i proturječni da ih je bez pomoći nevladinog sektora vrlo teško ostvariti.

Izvanbolnička zdravstvena skrb

U našem sustavu zdravstvene zaštite dojenče do dobi od mjesec dana ne pripada pedijatru, već se o njemu skrbi patronažna sestra. Na sreću sustav skrbi koji pružaju patronažne sestre pogotovo novorođenčadi je odličan, tako da pruža potrebnu pomoć djetetu koje je otpušteno iz JINT. Patronažna sestra će često pomoći pri uspostavljanju kontakta s liječnikom primarne zdravstvene zaštite koji će na osnovu informacija koje se nalaze u otpusnom pismu nakon otpusta iz JINT nastaviti skrbiti za dijete i pomoći pri uspostavi odgovarajućeg kontakta s drugim stručnjacima koji su potrebni kako bi se skrb za visoko rizično dijete nastavila na odgovarajućoj razini, a to su: neuropedijatar, fizijatar, fizioterapeut, oftalmolog, ortoped, stručnjaci za procjenu funkcionalnog vida, socijalizacije, sluha, integracije i sl. Među ustanovama koje djeluju unutar zdravstvenoga sustava i koje su specijalizirane za pružanje skrbi za visoko rizično djecu su Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama u Zagrebu, a osim toga izvan zdravstvenoga sustava djeluje ustanova Mali dom - Zagreb, dnevni centar za rehabilitaciju djece i mladeži u okviru koje djeluju različiti stručnjaci i rehabilitatori koji na posve drugačiji način pristupaju procjeni i praćenju djece s neurorazvojnim smetnjama, koje posjećuju i kod kuće kako bi se izbjegla nepovoljna sredina zdravstvene institucije koja može nepovoljno utjecati na dijete tijekom procjene njegovih neurorazvojnih potencijala.

Praćenje rasta i razvoja

Praćenje rasta i razvoja neobično je važno u zdrave dojenčadi, a pogotovo je važno u visoko rizične nedonoščadi koja je liječena u JINT od kojih neka imaju i kronične bolesti kao što su kronična plućna bolest, kolestaza, sindrom kratkog crijeva, osteopenija nedonoščadi i sl. koje mogu nepovoljno utjecati na rast i razvoj (16, 17). Neka djeca mogu

zahtijevati posebne načine prehrane u čemu će pomoći dječji gastroenterolog ili stručnjak za dijetetiku ili metaboličke bolesti. Mnoga nedonošćad koja inače nemaju većih zdravstvenih tegoba imaju teškoće pri dojenju, pa je važna suradnja s International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) savjetnicom za dojenje tijekom i nakon otpusta iz JINL/JINN. Dijete i roditelje može se uputiti u Laktacijsku ambulantu (ako takva postoji, primjerice u Hrvatskoj pri KB Sv. Duh) gdje će im se pružiti potrebni savjeti i pomoć, te pratiti napredovanje djeteta i tijekom dojenja/hranjenja.

U svakom slučaju potrebno je ostvariti takav rast koji neće biti niti pretjerano brz niti pretjerano spor, jer djeca koja prebrzo rastu kasnije imaju povećan rizik razvoja pretilosti, šećerne bolesti i kardiovaskularnih bolesti (16, 17).

Edukacija roditelja i priprema za otpust iz JINT

Roditelje bi trebalo uključiti u skrb za svoje dijete koje se liječi u JINT od samog početka (16, 17, 20). Na taj će način započeti njihova priprema za otpust djeteta kući, a povećat će se njihovo samopouzdanje da su kadri brinuti se za svoje dijete, postajući važan aktivni i kompetentan činitelj skrbi (20). Najvažnije vještine koje roditelji trebaju savladati su tehnika hranjenja, postavljanje djeteta u odgovarajući položaj, primjena odgovarajuće respiratorne terapije, te davanje lijekova. Roditelje bi također trebalo poučiti i u kardiopulmonalnoj reanimaciji dojenčadi, a rijetki će trebati naučiti njegovati dijete s traheostomom ili gastrostomom, na kardiorespiratornom monitoringu ili kućnoj ventilaciji (16, 17, 20).

Roditelje treba poučiti o sigurnom načinu spavanja djeteta na leđima, upozoravajući ih da djeca ne bi smjela spavati u auto sjedalicama, različitim njhalicama i sličnim napravama (16, 17). Najbolji način da se roditelji nauče kako postupati su rani zajednički boravak majke i djeteta u jednoj prostoriji 24 sata dnevno dok su još u bolnici (kada i gdje je to moguće), praktične demonstracije, te telefonsko praćenje nakon otpusta djeteta iz JINT (16, 17, 20).

Prije otpusta potrebno je provjeriti sigurnost stana i prostora u koji dijete dolazi. Kod nas za sada ne postoje programi potpore roditeljima djece koja se otpuštaju iz jedinica intenzivnog liječenja. U Sjedinjenim Američkim Državama postoji nekoliko programa posvećenih roditeljima, a jedan od poznatijih je Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) ili Stvaranje prilika za osnaživanje roditelja (13, 21-23).

Kako roditelji reagiraju na boravak svoga djeteta u JINT?

Majke i očevi najčešće reagiraju na boravak svoga djeteta u JINT strahom, stresom, zabrinutošću za sudbinu djeteta i za budućnost, depresijom, što se može popraviti odgovarajući pravovremenim intervencijama koje neki nazivaju ranom intervencijom (3, 6, 7). Majke sasvim drugačije rezultiraju na stres koji je mnogo veći nego kod očeva kako na početku boravka u JINT tako i prije otpusta djeteta kući (24, 25). Zanimljivo je da su intervencije za smanjenje stresa imale upliva na smanjenje stresa kod majki ali ne i kod očeva (17, 18). Iako se majke i očevi razlikuju u doživljaju boravka djeteta u JINT, ipak je povećanje informiranosti i u jednih i u drugih dovelo do smanjenja anksioznosti i osjećaja stresa (24).

Što je program Stvaranje prilika za osnaživanje roditelja nedonošćadi

Program Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) ili Stvaranje prilika za osnaživanje roditelja razvila je Dr. Bernadette Melnyk, profesorica sestrinstva na Državnom sveučilištu u Arizoni na Fakultetu sestrinstva i inovacija u zdravstvenoj zaštiti (21-23). Ovaj program na jednostavan način i na različitim medijima roditeljima približava boravak njihovog bolesnog djeteta u JINT. Program se zasniva na dvije teorije: teoriji samoregulacije i teoriji kontrole na osnovi kojih će se osnažiti roditeljska znanja i vjerovanja o njihovom nedonošenom djetetu i njihovoj ulozi kao roditelja, doprinoseći uklanjanju barijera koje će ograničavati sudjelovanje u skrbi za njihovo dijete preko interakcije s roditeljima na razvojno osjetljiv način (14-16). Cilj je roditelje naučiti normalnom

ponašanju i obavijestiti ih o osobinama nedonošćeta, osnažujući njihovu sposobnost poimanja posebnih kvaliteta njihovog djeteta (21-23).

Ovaj program se sastoji od četiri faze koje u sebi uključuju edukaciju, ponašanje i intervenciju (21-23). Prva faza počinje 2 do 4 dana nakon hospitalizacije djeteta u JINT, druga faza započinje 2 do 4 dana nakon prve faze, treća faza započinje 1 do 3 dana prije otpusta djeteta kući, a četvrta faza započinje tjedan dana nakon otpusta djeteta kući (21-23). U svakoj fazi majke dobivaju slikovnicu uz odgovarajuće informacije na audio mediju (21-23). Osim toga roditelji dobivaju radnu bilježnicu u kojoj bilježe svoje aktivnosti u svakoj od četiri faze. U materijalima za prvu fazu govori se o nezreloj nedonošćadi i okolišu u JINT uz razvijanje strategija kojima se roditeljima pomaže da pomažu skrbiti za svoje dijete (21-23). U radnoj bilježnici navode se značajke nedonošćeta te važna postignuća nedonošćeta tijekom prvih nekoliko dana, a majka treba zabilježiti vrijeme kada ih je ona primijetila kod svoga djeteta koje se liječi u JINT (21-23).

U drugoj fazi se naglašavaju teme iz prve faze, a pojavljuju se nove informacije o ponašanju nedonošćeta, njegovom rastu i razvoju, te se još više ističu načini na koje majka može još više pomoći u skrbi za svoje dijete (21-23). U radnoj bilježnici se nalaze znakovi koji objašnjavaju kada je dijete u stresu, a kada je spremno za komunikaciju (21-23).

U trećoj fazi navode se informacije o stanjima u kojima se dijete nalazi kao i o ponašanju djeteta kao što su: pospanost, mirno budno stanje ili aktivno budno stanje, te se naglašava kada je najbolje s djetetom komunicirati (21-23). Osim toga govori se o temama povezanim s prijelaznim razdobljem otpusta djeteta kući uz primjere pozitivne interakcije majke i djeteta (21-23). U radnoj bilježnici se nalaze informacije o načinima umirivanja djeteta tijekom faza stresa (21-23).

U četvrtoj fazi se nalaze informacije o rastu i razvoju djeteta te o ulozi roditelja u tome procesu, kao i načinima povećanja međusobne interakcije majke i djeteta (21-23). U radnoj bilježnici se nalaze

tehnike poboljšanja kognitivnog razvoja nedonoščeta kao što je pjevanje pjesmica i igranje igrice primjerenih dobi (21-23).

Navedeni program je primijenjen u Iranu gdje je ustanovljeno da je bila bolja interakcija između majki i njihove djece, te da su majke bile svjesnije svoje roditeljske uloge i razlika između donošene djece i nedonoščadi, te da je stres roditelja zbog boravka njihovog djeteta u JINT bio manji, uz manji strah roditelja nakon otpusta djeteta kući (21-23). Ovdje valja naglasiti da je navedeni program proveden u kulturološki posve drugačijoj zemlji te da je dao dobre rezultate (26).

Postoji li program edukacije roditelja za otpust nedonoščadi iz JINT u Hrvatskoj?

U Hrvatskoj ne postoje pisane preporuke za otpust nedonoščeta iz bolnice, a čini se da je u svakoj JINT u Hrvatskoj situacija ovisna o lokalnim prilikama i vrsti pacijenata za koje se skrbe. Jedan od kriterija za otpust je masa veća od 2000 g kada je dopušteno cijepljenje, uz sve ranije navedene kriterije termalne i kardiorespiratorne stabilnosti. Nisam čuo za postojanje škole roditeljstva niti za primjenu bilo koje poznate metode koja bi se u Hrvatskoj primjenjivala za edukaciju roditelja prije otpusta nedonoščeta iz JINT. U Kliničkoj bolnici "Sv. Duh" od 2011. godine postoji priprema roditelja za otpust iz bolnice koja je zamišljena kao poučavanje u tehnikama hranjenja, prematanja, njege i kupanja, a kada je dostupan fizioterapeut tada i poučavanje tzv. "baby handlinga" (vidjeti Prilog na kraju teksta). Sestra koja radi edukaciju na kraju je dužna ispuniti upitnik u kojem su navedene točke edukacije, a majka je dužna potpisati da je savladala navedene vještine čime se smatra da je spremna brinuti se za dijete nakon otpusta kući. Primijetili smo da je manje poteškoća s otpustom kući one djece čije su majke ostale s njima u bolnici i koje su bile u zajedničkom boravku s djetetom, te koje su svoju djecu hranile na prsima, od onih koje su rano otišle kući i dojile samo jednom ili dva puta dnevno nakon dolaska od kuće na odjel.

Pitanju otpusta nedonoščadi iz JINT bi u Hrvatskoj trebalo pristupiti sistematično, uz izradu odgovarajućih edukacij-

skih materijala za roditelje, a možda primijeniti i COPE program koji se pokazao korisnim u različitim kulturološkim sredinama (Iran) (26).

Zaključak

Novorođenčad i nedonoščad koja se liječe u JINT zahtijevaju sistematičan pristup u trenutku otpusta iz bolnice. Pripreme za otpust iz bolnice trebalo bi započeti u trenutku primitka djeteta u JINT. Pomnim planiranjem otpusta može se smanjiti mortalitet i morbiditet te djece, a osim toga smanjuje se i strah i neizvjesnost roditelja. Ovdje su navedene najvažniji postupci koje bi trebalo provesti prije otpusta djeteta kući, u provođenju kojih sudjeluju brojni stručnjaci (multidisciplinarni pristup). Nažalost u Republici Hrvatskoj je taj multidisciplinarni pristup katkada nemoguć zbog nedostatka odgovarajućeg stručnog osoblja i prezaposlenosti postojećih medicinskih kadrova koji se pitanjima otpusta nedonoščeta iz JINT bave samo na onoj razini koju im omogućuje opterećenje postojećim obvezama skrbi za bolesnu nedonoščad i novorođenčad. Ove nedostatke sustava katkada nadoknađuje djelatnost nevladinih udruga roditelja ove djece.

NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na www.icmje.org/doi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./ *All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/doi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.*

LITERATURA

- Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL. The perils of the imperfect expectation of the perfect baby. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203 (2): 101-5. doi: 10.1016/j.ajog.2010.01.058.

- Đelmiš J, Juras J, Rodina U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2013. godini. *Gynaecol Perinatol* 2014; 23 (1): 3-18.
- 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 and Childbirth* 2013, 13 (1): 10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S1/S10>.
- Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA* 2011; 306: 1233-40. doi: 10.1001/jama.2011.1331.
- van der Pal-de Bruin KM, van der Pal SM, Verloove-Vanhorick SP, Walther FJ. Profiling the preterm or VLBW born adolescent; implications of the Dutch POPS cohort follow-up studies. *Early Hum Dev* 2015; 91 (2): 97-102. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2014.12.007.
- Landsem IP, Handegård BH, Tunby J, Ulvund SE, Rønning JA. Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 387. <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/387>.
- Ballantyne M, Benzies KM, Trute B. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. *Pregnancy and Childbirth* 2013; 13 (1): 11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S11>.
- Aagaard H, Uhrenfeldt L, Spliid M, Fegran L. Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13 (10): 123-32. doi:10.11124/jbicsr-2015-2287.
- Barkemeyer BM. Discharge planning. *Pediatr Clin North Am*. 2015; 62 (2): 545-56. doi: 10.1016/j.pcl.2014.11.013.
- White-Traut RC, Rankin KM, Yoder JC, Liu L, Vasa R, Geraldo V, Norr KF. Influence of H-HOPE intervention for premature infants on growth, feeding progression and length of stay during initial hospitalization. *J Perinatol*. 2015; 35 (8): 636-41. doi: 10.1038/jp.2015.11.
- Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatr*. 2016; 16: 92. doi: 10.1186/s12887-016-0631-9.
- Ingram J, Blair PS, Powell JE, Manns S, Burden H, Pontin D et al. Preparing for Home: a before-and-after study to investigate the effects of a neonatal discharge package aimed at increasing parental knowledge, understanding and confidence in caring for their preterm infant before and after discharge from hospital. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Mar. Health Services and Delivery Research.

13. Ingram J, Redshaw M, Manns S, Beasant L, Johnson D, Fleming P, Pontin D. "Giving us hope": Parent and neonatal staff views and expectations of a planned family-centred discharge process (Train-to-Home)
14. Wielenga JM, Tume LN, Latour JM, van den Hoogen A. European neonatal intensive care nursing research priorities: an e-Delphi study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015; 100 (1): 66-71. doi:10.1136/archdischild-2014-306858.
15. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, Piaw CY, Al Kawafha MM. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*. 2016; 25 (19-20): 745-56. doi: 10.1111/jocn.13259.
16. Stewart J. Discharge planning for high-risk newborns. Oct 10, 2014. <http://www.uptodate.com/contents/discharge-planning-for-high-risk-newborns>.
17. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008; 122:1119-26.
18. Fenton TR. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. *BMC Pediatr* 2003; 3: 13. doi: 10.1186/1471-2431-3-13.
19. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr* 2013; 13: 59. doi: 10.1186/1471-2431-13-59.
20. Willis V. Parenting preemies: a unique program for family support and education after NICU discharge. *Adv Neonatal Care*. 2008; 8 (4): 221-30. doi: 10.1097/01.ANC.0000333710.83517.19.
21. Mazurek Melnyk B, Alpert-Gillis L, Fischbeck Feinstein N, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, Small L, Rubenstein J, Slota M, Corbo-Richert B. Creating Opportunities for Parent Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. *Pediatrics* 2004; 113: 597-607. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/6/e597>.
22. Melnyk, 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* November 2006; 118 (5): 1414-27.
23. Melnyk BM, Feinstein NF. Reducing hospital expenditures with the COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) program for parents and premature infants: an analysis of direct healthcare neonatal intensive care unit costs and savings. *Nurs Adm Q* 2009; 33 (1): 32-7. doi: 10.1097/01.NAQ.0000343346.47795.13.
24. Garfield CF, Lee Y, Kim HN. Paternal and maternal concerns for their very low-birth-weight infants transitioning from the NICU to home. *J Perinat Neonatal Nurs* 2014; 28 (4): 305-12. doi:10.1097/JPN.0000000000000021.
25. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montirrosso R. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta Paediatr* 2013; 102 (1): 8-14. doi: 10.1111/apa.12058.
26. Jafari Mianaei SJ, Karahroudy FA, Rassouli M, Tafreshi MZ. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *J Nurs Midwifery Res* 2014; 19 (1): 94-100.

Summary

SCHOOL FOR PARENTS - PREPARATION OF PRETERM INFANTS FOR DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

Milan Stanojević

Term and preterm neonates treated at Neonatal Intensive Care Units (NICU) need organized approach before discharge. Preparations for the discharge should begin at the time of admission to the NICU. A careful discharge planning can decrease mortality and morbidity in those infants after discharge with decreasing fear and uncertainty of parents. The main multidisciplinary procedures which should be performed by many professionals are listed before neonate is discharged from the NICU. Unfortunately, in Croatia, this multidisciplinary approach is sometimes not available due to the lack of appropriate professionals or existing medical professionals are overloaded by everyday routine care for the sick neonates and premature infants in the NICU. Failure of the medical system to meet the needs of the neonates treated in the NICUs are sometimes compensated by activities of nongovernmental organizations of parents of NICU absolvents.

Descriptors: PREMATURE INFANTS, NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT, DISCHARGE FROM THE HOSPITAL, PARENTAL SCHOOL

Primljeno/Received: 23. 2. 2018.

Prihvaćeno/Accepted: 19. 3. 2018.