

ZDRAVSTVENA VZGOJA STARŠEV PREZGODAJ ROJENEGA OTROKA

HEALTH EDUCATION OF THE PARENTS OF A PREMATURELY BORN CHILD

Klaudia Urbančič

UDK/UDC 616.-053.31-083:614.253.52:37

DESKRIPTORJI: nedonošenček; zdravstvena vzgoja; starši; intenzivna nega enote, neonatalne

DESCRIPTORS: infant nemature; health education; parents; intensive care units, neonatal

Izvleček – V članku so predstavljene značilnosti in zahteve zdravstvene nege prezgodaj rojenega otroka. Posebej je izpostavljena vloga medicinske sestre v enoti intenzivne terapije, ki vključuje poleg zahtevnega dela z nedonošenčkom tudi zdravstveno vzgojno delo s starši. Pomoč staršem, ki so se znašli v stresni situaciji, naj nudi celotni zdravstveni tim. Zdravstvena vzgoja obsega seznanjanje s potrebami in značilnostmi prezgodaj rojenega otroka, svetovanje in neposredno pomoč pri premagovanju kriz, učenje in vključevanje v postopke zdravstvene nege in vzpodbujanje čustvene vezi med staršema in otrokom, ki je bila s prezgodnjim porodom prekinjena.

Abstract – The article presents the characteristics and requirements of nursing care of a prematurely born child. Especially stressed is the role of the nurse in an intensive care unit, which besides the demanding care for the premature baby, includes also health education of parents. The parents under severe stress should be helped by the whole medical team. Health education encompasses the learning about the needs and characteristics of a prematurely born child, counseling and direct help in overcoming crises, teaching about and participation in nursing care proceedings in the enhancement of emotional bonds between parents and child which has been interrupted by premature delivery.

*Vsem Mihcem, Ninam, Maticem,
Anam, Tinam... in njihovim staršem*

Uvod

Človek ima možnost, da zavestno ustvarja nove ljudi, ne samo, da jim daje življenje, dano mu je tudi, da oblikuje njihovo osebnost. Morda izhaja od tod človekova potreba po moči, potreba, da bi bil podoben bogu. Kajti z zmoglostjo, da ima potomstvo, je človek nekako v resnici podoben bogu, če razumemo ta pojem kot simbol ustvarjalne moči.

Od biološke matere pričakujemo, da je otroku mati tudi v psihološkem pomenu, ne zato, ker je postala mati, pač pa zato, ker je otroka rodila z zdravo motivacijo, ker ima do njega naraven odnos in ker je emotivno uravnovešena. Samo tedaj je mama prava mama. Zato je torej potrebno psihično in ne biološko materinstvo.

Čustveno zrela ženska si želi otroka tudi kot konkreten, otipljiv dokaz svoje ženskosti. Želi si ga zato, ker ga je spočela z ljubljenim moškim, ki jo osrečuje, ki ji omogoča, da se počuti polnovredno žensko. Otrok je naravna biološka posledica najintimnejših odnosov med dvema človekoma in naravno

je, da je tudi ljubezen do otroka plod ljubezni med njima.

Če gledamo na očetovo vlogo v današnjem času, spoznamo, da lahko oče otroku da vse, kar mu daje mama, razen ene stvari – ne more ga dojeti. Niso redki očetje, ki so svojemu otroku čustveno močno predani in mu radi posvečajo ogromno časa in čustev, ki jih otrok potrebuje. Zahteva naj bo moški v enaki meri prisoten ob otroku kakor mama, zato ni zgolj teoretična. To je v vsakdanjem življenju potreba očeta in otroka.

Menijo, da je oče do otroka že po naravi bolj ravnodušen kakor matere, ter da so biološko z njimi manj povezani kot mama, ki ga devet mesecev nosi v svojem telesu in ga potem hrani. Iz tesnejše telesne povezanosti med materjo in otrokom naj bi izhajala tudi močnejša čustvena povezanost. Prava materinska ljubezen nima biološke osnove, ni razloga, da bi morala biti očetovska ljubezen šibkejša samo zato, ker je telesna povezanost med očetom in otrokom neznatna. Če je oče zrela osebnost, če je njegovo čustveno življenje uravnovešeno, če je spočel otroka, ker si ga je želel, tedaj ni njegovo zanimanje zanj nič manjše kot materino (1).

Moški niso manj čustveni kot ženske, samo čustev ne znajo pokazati na način, ki si ga dovoljuje ženska.

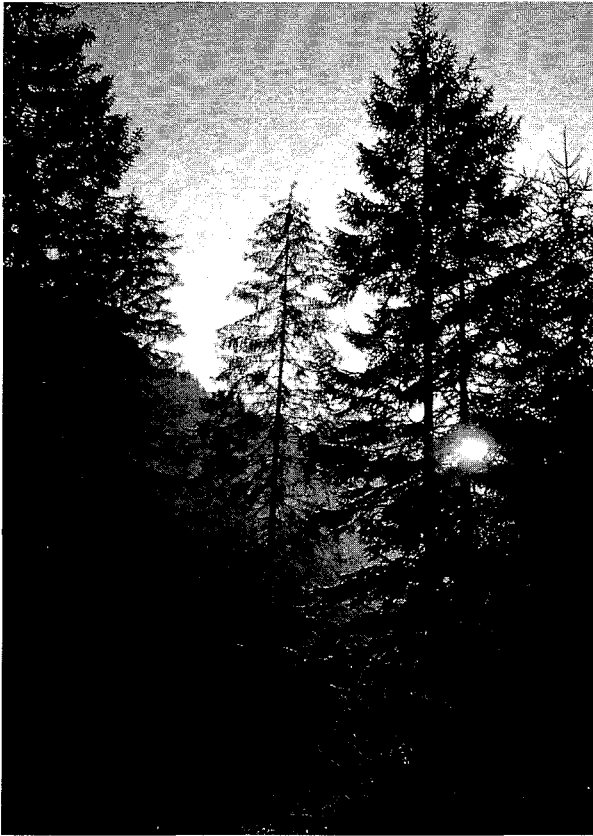


Foto : Peter Pebani

Vse življenje so bili vzgajani v močne, hrabre, obvladane v še tako težkih okoliščinah in menijo, da si ne smejo privoščiti solz. Čas devetdesetih let, narava dela s številnimi stresnimi okoliščinami, terjata drugačnega moškega.

Rojstvo

Rojstvo – pomemben mejnik v življenju vsakega človeka. Spoznanje o spočetju zbudi v starših presenečenje, navdušenje, spremeni vsakdan v pričakovanja in priprave. Toda res življenjskega pomena je ta dan bolj kot za starše za otroka. To malo bitje je z vso svojo majhnostjo vneslo toliko sprememb v rojstno okolje; čustveno nabitost in nova poimenovanja – zakonca postaneta starša, sam pa postane njun otrok, sin ali hčerka, bratec ali sestrica in vnuk. Občutki staršev so nepopisni, prekipevajo; v trenutku, ko se nosečnost kot nekakšno pripravljalo obdobje sklene s porodom, se že soočajo z rojstvom in v bistvu je otrok tisti, na kar so se nanašala vsa pričakovanja, in ne porod (2).

Zelo pomemben dogodek, nekako trenutek utelešenja, je to tudi za očeta, ki se je v času nosečnosti počutil odrinjen na stran, nekako »biološko neuporaben«. Medtem, je žensko narava ves čas pripravljala in opozarjala na malo bitje; z gibanjem ribice, brancjem in ne nazadnje z bole-

čino. Čeprav oče ob porodu ni telesno prizadet, pa rojstvo zelo intenzivno čustveno doživlja. Marsikateri prihaja do soočenj z bitjem šele sedaj, ko vidi, sliši, je prvi deležen pestovanja, medtem ko se ženska še umirja od intenzivnega napora. Mnogo moških se prav v tem trenutku počuti pomembne in koristne. Ne kratimo jim tega trenutka, saj je bil v davni prav mož tisti, ob katerem in pogosto le ob njem je žena rojevala. Literatura in tudi praksa potrjujeta to, da je žena, ki rojeva ob prisotnosti moža, veliko bolj sproščena in bolj pripravljena sodelovati.

Prvo srečanje matere z novorojenčkom

Novorojenec je najmanjše človeško bitje, ki ima izjemne lastnosti, ki so samo *njemu lastne*. Njegova pomembna naloga je, da prične samostojno človeško življenje. S prekinitvijo popkovnice pride iz varnega materinega zavetja v hladen zunanji svet, kar predstavlja zanj hud stres (3).

Oskrbljenega otroka takoj po rojstvu položimo materi v naročje. Prvo srečanje matere z novorojenčkom neposredno po porodu je izrednega pomena, in sicer gre predvsem za troje:

1. Vzpostavljanje kontakta: Pogled iz oči v oči in telesni stik, ki sta tu prva, po mnenju raziskovalcev pogojujeta nastanek za otroka ustrezne materinske navezanosti.

Vendar pa je za telesni in duševni razvoj novorojenčka in za mater, za graditev njenih kasnejših pozitivnih odnosov do otroka oziroma za odgovorno starševstvo pomembno, da se stik več ne prekine, ampak nadaljuje tudi na oddelku za otročnice.

Pomembna sta pogostnost in trajanje tega stika, ter vključitev očeta. To v veliki meri dosežemo s sistemom »otrok pri materi« (rooming-in). Poleg tega, da ta sistem izboljšuje čustveni odnos med njima, omogoča osebju hkratno skrb za mater in otroka. Mati se tako že od samega rojstva ne loči od otroka (seveda, če ji to njeno zdravstveno stanje dopušča), nauči se ga pestovati, hraniti in negovati, in sicer takrat, ko otrokov biološki ritem to narekuje.

Z zdravstveno-vzgojnega vidika je s tem tudi močno olajšana naloga medicinski sestri, ki tako sproti dobiva vpogled v znanje in pripravljenost matere, za negovanje otroka po odhodu domov. Tak način dela omogoča tudi stik s člani družine in očetom.

Nenazadnje igra rooming-in sistem pomembno vlogo v preprečevanju bolnišnične infekcije.

2. S pristavljanjem k prsim vzpodbudimo laktacijo, hkrati pa lahko pri otroku kontroliramo za dojenje potrebne reflekse: iskalni, sesalni in pozneje požiralni.
3. Zmanjšamo izgubo toplote na minimum. Učinek je enak kot, če bi novorojenčku vzdrževali topoloto pod grelnim telesom (4).

Psihofizične spremembe pri ženski v poporodnem obdobju

Poporodno obdobje ali puerperij (puer – otrok, parere – roditi) imenujemo tisto obdobje po porodu, v katerem izginejo spremembe, nastale v času nosečnosti in poroda, razen v primeru trajnih posledic.

Poporodna doba se prične tri ure po rojstvu placente. Delimo jo v poporodno dobo v ožjem pomenu, ki traja devet dni, in širšo dobo, ki traja 6–8 tednov.

Za puerperij so značilni štirje vzporedno potekajoči procesi:

1. *Involucijski procesi*, ki se najizraziteje kažejo s krčenjem maternice.
2. *Procesi celjenja*, katerih znak je čišča (lohija). Količina čišče se razlikuje od dneva, pa tudi individualno. V večji meri ima več čišče otročnica, ki doji. Po 2–4 tednih je izcedek iz nožnice normalen.
3. *Laktacija* je fiziološko obdobje v generativnem ciklusu ženske, ko zaradi nastalih hormonskih sprememb med nosečnostjo nastopi izločanje mleka.

Laktacije ne smemo istiti z dojenjem, kajti dojenje je akt, ko dojenček to mleko izkoristi za svojo hrano.

Za uspešno dojenje so pri otroku pomembni iskalni, sesalni in požiralni refleksi, pri materi pa reflektivno nabrekanje bradavice, prolaktinski refleksi in refleksi praznenja dojke.

Ključnega pomena, da se sprožijo refleksi pri materi, je sesalni dražljaj, ki sproži izločanje prolaktina (sprednji režanj hipofize) in vpliva na sekrecijo mleka v žleznem epitelu.

Istočasno pride do povečanega izločanja oksitocina (zadnji režanj hipofize), ta pa krči mioepitelijske celice, ki obdajajo alveole, da iztisnejo mleko iz alveolov v končne mlečne vode. Vzporedni učinek oksitocina je tudi krčenje maternice med dojenjem.

Medtem ko je prolaktinski refleksi povsem mehaničen, odvisen od pogostosti, jakosti in trajanja sesanja, je refleksi praznenja dojke izrazito psihosomatski refleksi, ki se lahko vzbudi že zaradi pogleda na jokajočega dojenčka, ali pa zavre zaradi strahu in bolečine.

4. Vzpostavljanje ovarijske aktivnosti. Proti koncu porodne dobe začne zoreti nov Graafov folikel pod vplivom gonadotropinov iz prednjega režnja hipofize. Otročnice, ki ne dojijo dobijo menstruacijo že 5–6 tednov po porodu, vendar so prisotne velike individualne razlike (4).

Poleg teh procesov se v otročnici odvijajo še nekatere druge spremembe; srce in pljuča se vrnejo v svoj prejšnji položaj, nastopijo spremembe v količini krvi, pogosto nastopi anemija, spremembe v telesni teži ter v videzu in pigmentaciji kože.

Prezgodaj rojen otrok

Normalna nosečnost traja devet mesecev in na ta termin sta naravnana bodoči oče in bodoča mama in seveda vsa njuna okolica. To je obdobje priprav, čas spletnja gnezda, urejanja otrokove sobice, nakupovanja zanj potrebnih stvari in čedalje večjih nosečniških oblačil. Nosečnica postane okornejša, počasnejša, z odštevanjem dnevov se stopnjujeta tudi čustvena napetost in pričakovanja staršev. Vzporedno s to fizično pripravo na porod poteka tudi psihična priprava. Prezgodnje rojstvo ta proces nenadoma prekine. Starša sta prestrašena, zbegana, preganja ju dvojni nemir, ogrožena je nosečnost in negotov izid za otroka. Porod ju je presenetil, najdeta se v urgentni situaciji, zaskrbljena sta zaradi razmer doma (nimata še pripravljeno vse potrebno za otroka, kaj se dogaja z ostalimi družinskimi člani), kar ustvarja napetost, anksioznost in večjo bolečino, to pa otežuje napredovanje poroda. Stisko in neugodje matere lahko stopnjuje porod, dokončan z epiziotomijo ali s carskim rezom. Dogodki se odvijajo nenavadno hitro, situacije prehajajo ena v drugo, porajajo nov strah in bojzani.

Po fazi iztisa ploda že mati z očmi išče bitjece, izraz obraza je prestrašen, izdaja stisko. Večina mater sicer molči, vendar nestrpno čaka prvih informacij in se oklepa neverbalne komunikacije osebja.

Če otroček zajoka, ji njegov jok za hip izvabi nasmeh na ustnice. Prav je, da osebje ne »pušča« matere v molku in ji v tem prvem še zelo negotovem trenutku poskuša ponuditi vsaj nekaj odrešilnega; lahko ji na primer povemo, kakšnega spola je otrok, zakaj zdi se, da matere ob prezgodnjem porodu kar nekako pozabijo na to, veliko bolj pomembno je vprašanje, če je živ in, če je vse v redu z njim.

Če dete ne zajoka oziroma če so potrebni postopki reanimacije, se materina stiska še bolj stopnjuje. Tiho in nemočno se obrača k previjalnemu pultu in med telesi osebja skuša utreti pogled na otroka. To, kar se dogaja z njo in lastno bolečino potlači, prednost daje otroku. Pogosto osebje ne najde pravih besed ali pa je za prve informacije potrebno počakati nekaj minut. Materi naj v njej razumljivem jeziku pove, kaj se dogaja z otrokom, da potrebuje kisik in morebitno podporo v vzdrževanju dihanja in delovanju srca. Čuteč dotik dlani deluje pomirjujoče takrat, ko so besede nemočne.

V tej situaciji ga nobena mati ne odkloni.

Vse je usmerjeno k otroku, vendar ne pozabljammo na očeta, ki nemočno in z občutki krivde čaka ob ženini postelji. Znanje, ki bi ga dobil v šoli za bodoče starše, ki bi jo obiskoval, če jih porod ne bi prehitel, bi mu vlivalo samozavest in zmanjševalo tesnobo in strah. Večina očetov nedonošenčkov se v tem trenutku ne upa stopiti k previjalnemu pultu (tako kot to pogosto odločno storijo očetje

donošenih otrok). Zaskrbljeni so tudi zaradi stanja žene in bdijo nad njo.

Osebjem naj staršem pove, da je otrok majhen, da bo verjetno potreboval podporo vitalnih funkcij, in sicer v zanj čim bolj ugodnih pogojih, ki mu jih lahko nudi inkubator.

Preden prenesemo otroka v transportni inkubator, ga pokažimo staršema od blizu, če se le da in če otrokovo stanje to dopušča. Večina mater se tedaj otroku približa z obrazom in se ga skuša dotakniti, vendar zelo nežno in trepetajočih dlani, ki jih že v naslednjem hipu izmaknejo. Pogosto otročka razgrnejo iz plenice in preverjajo, če »ima vse« in če je tak kot donošen otrok. Pogosto je prav ta stik tisti, ki pri mnogih šele sedaj, glede na začetek porajanja, izvabi solze v oči. So to solze sproščanja ali je to le zajemanje sape pred novim naporom? Prav je, da osebjem omogoča in vzpodbuja izražanje čustev staršev, še posebej v takšnih ključnih emocionalno nabitih trenutkih.

Nedonošenček

Nedonošenček je otrok, ki se rodi pred dopolnjenim 37. tednom gestacijske starosti (GS). V Sloveniji je približno 8 % prezgodnjih porodov na leto. Glede na porodno težo (PT) in gestacijsko starost jih razvrščamo takole:



Foto: Klaudia Urbančič

- zrel, donošen novorojenec: GS od 37–42 ted., PT nad 2500 g
 - nedonošen novorojenec: GS manj kot 37 ted.
 - LBW (low birth weight): PT manj kot 2500 g
 - VLBW (very LBW): PT manj kot 1500 g
 - ELBW (extreme LBW): PT manj kot 1000 g
- Gestacijsko starost ocenjujemo s pomočjo ocenjevalnih lestvic (Ballard, Dubowitz...), razvrščamo jih v tri skupine:
- AGA: primeren za GS,
 - LGA: večji kot je GS,
 - SGA: premajhen za GS (5).

Značilnosti nedonošenčka

Pri nedonošenčku (praematurus) je glava glede na trup zelo velika. Spontana motorika je slabo izražena, glasek je slaboten, redko joka. Prsni koš je mehak, sternum s ksifoidom in vodoravno potekajočimi rebri so dobro vidni. Zaradi prisotne dihalne stiske ob vdihu pogosto uvlači medrebrne prostore, sternum in jugularne kotanje. Koža je tanka, želatinasta, mehka, zelo ranljiva, zaradi slabe pigmentacije prozorna in skozi prosojajo kapilare. Pokrita je z lanugom in je rožnata, pri nizki prematurnosti pa brez lanuga in rdeča. Na dlaneh in stopalih se pogosto pojavljajo edemi. Uhlji so mehki, ravni, relief ni izražen, pogosto tudi zgornji rob ni zaokrožen. Bradavici na prsnem košu sta komaj nakazani kot dve rdeči pikici, areole še ni, žlezno tkivo je slabo tipljivo. Brazd na podplatih ni ali pa so nejasne rdeče črte. Spolovilo pri fantkih je slabo izraženo; prepucij pogosto ne prekriva glansa, modnik je prazen, brez gub. Pri deklicah je klitoris močno izražen, velike labije ne prekrivajo malih, te štrlijo.

Funkcionalne posebnosti nedonošenčka so posledica nezrelosti osrednjega živčevja, nezrelosti dihal, jeter, ledvic, kože, obtočil in imunskega sistema (6).

Najpogostejše bolezni, ki prizadenejo prematurusa pod 1500 g, so:

hialine membrane (36 %), hipoksija (12 %), možganska krvavitev (15–20 %), infekti (27 %), hiperbilirubinemija (52 %), apnoične atake (36 %) (2).

Diagnostično-terapevtski program pri nedonošenčku s težo pod 1300 g obsega:

aplikacijo kisika nad 40 % (58 %), umetno ventilacijo (27 %), transfuzijo krvi (61 %), totalno parenteralno prehrano (36 %), delno parenteralno prehrano (97 %) (5).

Življenje v inkubatorju

Nedonošenček (24–27 tednov) ni neustrezen ali nepopoln donošenček, pač pa organizem, nenadoma izpostavljen hladnemu in grobem okolju, ki se razvija in vede ustrezno doseženi gestacijski starosti in doseženi porodni teži. V času, ko bi še rasel in

se razvijal v varnem materinem telesu, se mora že prilagajati na življenje izven maternice, z bistveno manjšo biološko prednostjo, kot jo ima donošen otrok.

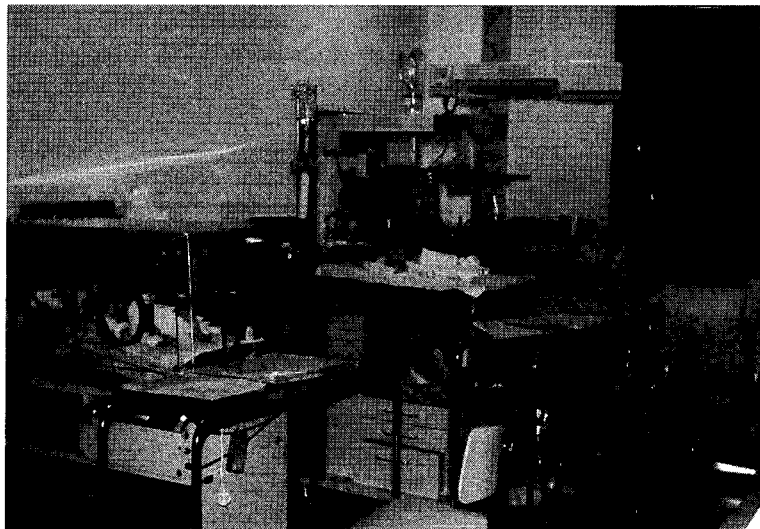


Foto: Klaudia Urbančič

Njegovo preživetje je odvisno od pogojev medicinske znanosti in usposobljenosti osebja.

Nadaljni razvoj prezgodaj rojenega otroka je odvisen od številnih hkratnih dejavnikov: porodnih zapletov, nizke porodne teže, zgodnjega obdobja izolacije v inkubatorju, anomalij, odziva staršev na otroka, zgodnje ločitve otroka od matere in seveda od številnih slušnih, vidnih in taktilnih dražljajev okolja v enoti intenzivne terapije (EIT) (hišni hrup, močna svetloba, pogosti agresivni posegi), kar je vse prej kot stimulirajoče za otrokov zdrav psihosocialni razvoj.

Psihologi se ukvarjajo z dvema vidikoma zgodnjih otrokovih izkušenj:

1. Nedonošen otrok v prvih tednih življenja izven maternice lahko dobi manj ali zagotovo dobi drugačne senzorne in socialne dražljaje kot donošen otrok.
2. Zgodnja ločitev otroka in staršev lahko ruši oblikovanje čustvene vezi med starši in otrokom (7).

Inkubator

Okolje prezgodaj rojenega otroka predstavlja inkubator (izoleta). Otroku omogoča termonevtralno okolje (to je okolje, kjer je pri telesni temperaturi otroka od 36–37°C poraba energije najmanjša).

Otrok leži v izoleti nag in ga tako lahko nemoteno opazujemo. Zrak, ki doteka, je filtriran in ovlažen (do 80%). Inkubator, z upoštevanjem stroge aseptične in čiste tehnike osebja, varuje otroka pred infekcijo.

V njem je mogoča aplikacija kisika z natančnim odmerjanjem.

Ležalna ploskev je v svoji vodoravni osi gibljiva in tako omogoča, skupaj z uporabo ustrezno oblikovanega sanitetnega materiala in tkanin, nameščanje otroka v ustrezen terapevtski položaj.

Varnost izolete zagotavljajo vidni in slišni alarmi, ročna ali avtomatska nastavitve parametrov ter ostali kriteriji za preprečevanje fizičnega hospitalizma (varovanje pred infekcijo, poškodbo, hipotermijo); varno zapiranje vrat, tesnenje vhodnih oken, sistem dvojne stene.

Ogrevalna posteljica

Otroka premestimo vanjo, ko doseže ustrezno telesno težo (~1600 g), napreduje in je temperaturno bolj stabilen, vendar je zanj sobna temperatura še vedno neustrezna. So pa tudi velike individualne razlike (odvisne od starosti in stopnje izpostavljenosti infektu).

Otrok je v ogrevalni postelji delno ali popolnoma oblečen.

Navadna posteljica

V navadnih posteljicah so termostabilni otroci, njihova telesna teža znaša ~1900 g, njihove vitalne funkcije niso ogrožene in diagnostično-terapevtski program ne zajema ukrepov za vzdrževanje ali podporo le-teh (sicer sodijo taki otroci na reanimacijsko posteljico).

Otrok je popolnoma oblečen in bo kmalu odpuščen iz EIT na oddelek ali domov (ko bo dosegel težo vsaj 2000 g, bo hranjen po cuclju ali dojen in bo pripravljenost mame, da zanj skrbi doma, ustrezna).

Prvi stik staršev z otrokom v enoti intenzivne terapije

Obisk očeta

Najpogosteje se v EIT prva sooči z otrokom mama, redkeje oče, čeprav ga lahko obiše že neposredno po transportu iz porodnega bloka in namestitvi v EIT. Oče je še vedno prestrašen in negotov. Večjo stopnjo anksioznosti kažejo očetje, ki niso bili prisotni pri porodu in še niso govorili niti z osebjem niti z materjo otroka.

Ob vstopu v EIT naj medicinska sestra očeta pouči o higienskem režimu in naj mu nudi prve informacije o otroku in njegovem okolju, ki je za laika lahko zastrašujoče. (Informacije o otrokovi diagnozi in prognozi daje otroški zdravnik).

Izkušnje kažejo, da v začetku ni dobro, če očeta zasujemo s kupom informacij, pač pa začnemo bolj na splošno, v naslednjih obiskih pa stopnjujemo količino in specifičnost informacij. Zaradi stresa je sprejemljivost za verbalno komunikacijo zmanjšana, precej večja pa je percepcija za zunanje dražljaje okolja (hrup, šumenje, pogled na otroka ujetega v napeljave in aparature, vključevanje slišnih alarmov), ki se pod vplivom emocionalnega dogajanja še intenzivirajo.

Očetu na preprost način povemo, da je otroček zelo majhen in je zato v inkubatorju, videl ga bo lahko skozi stene le-tega. V sobi je skupaj z drugimi otroci, zato je zaradi delovanja številnih aparatov bolj hrupno. Povemo mu tudi, da je še nezrel in opišemo otrokov videz; večina staršev izjavi, da so se ob prvem stiku z otrokom najbolj ustrašili njegove majhnosti, intenzivno rdeče barve kože in žilne risbe, vidne skozi. Očetu tudi povemo, da je za otrokovo varnost in preživetje potrebna uporaba številnih naprav.

Po teh uvodnih besedah peljemo očeta k otroku v sobo. Prav je, da ostanemo z njim vsaj nekaj časa, da si vzamemo čas in nas tedaj je obvladuje delo naprav in delo z drugimi varovanci. Ne izogajamo se stiski staršev, potrebujejo nas bolj, kot si mislimo. Ne premagujemo težine situacije z gostobesednostjo, tudi molk je sporočilen in v takih trenutkih terapevtski, vendar z našo prisotnostjo in sposobnostjo empatije. Pogosto očetje ne spravijo besede iz sebe, nekateri odreagirajo na prvi pogled na otroka z jokom. Dajmo jim čas. Številni so presenečeni nad otrokovo živahnostjo



Foto: Klaudia Urbančič

in aktivnostjo, še posebej, če je ta združena z jokom, ki ga ne pripisujejo njegovi velikosti. Tedaj se jim zdi otrok manj neobogljjen.

Očetu pokažemo in razložimo neposredno otrokovo okolico. Z uporabo besednih metafor skušamo

vplivati na barvitost predstavljanja, očetu otroka približamo in vplivamo na »mehkost« situacije (pokažemo mu metuljčka – i. v. kapalno infuzijo, kresničko – saturacijsko sondo in nalepke na prsnem košu – EKG elektrode). Predstavimo mu tudi EKG monitor, razložimo vrednosti na ekranu in pojasnimo delovanje zvočnih alarmov, na katere skoraj vsi zelo zbegano reagirajo. Zato pojasnimo tudi delovanje lažnih alarmov.

Če oče želi, mu omogočimo, da se otroka dotakne. Mnogi to presenečeni sprejmejo, nekateri pa v strahu odklonijo in zopet je to trenutek, ki privabi nove solze v oči. Dotik je zelo nežen, krhek, pogosto usmerjen na otrokova lička ali na prsni koš, malih nožic in dlani se pogosto ne upajo dotakniti. Očeta med dotikom vzpodbujamo, ga vodimo in mogoče demonstriramo. Povemo mu, da ga z dotikom ne more poškodovati, na otroka bo deloval pomirjujoče. S prstom naj se dotakne otrokove dlani, ta jo bo pod vplivom prijemalnega refleksa razprl, krčevito zagrabil in stisnil prst. Mnogi so presenečeni nad močjo malega bitja, kar jim vlije novo samozavest in upanje.

Ta prvi kontakt z otrokom je zelo kratek, očetje pogosto že po nekaj minutah zaprejo okence, »da se otrok ne bo prehladil«. Po tem aktu – dotika, mnogi odreagirajo nekako zmagoslavno. Šele sedaj se v njih porodijo vprašanja in moč, da jih glasno izrazijo. Mnogi se sedaj nekoliko opogumijo, pogled jim splava po sobi in kaj hitro poiščejo primerjavo z drugimi otroki. Razumimo to kot izraz nemoči in iskanje upanja. Šele, če je potrebno, potem strokovno utemeljimo (z vidika preprečevanja infekta in varovanja zapuščnosti), zakaj naj se zanimajo in zadržujejo le ob svojem otroku.

Oče se tako znajde v stanju razpetosti med otrokom in partnerko in začuti potrebo po njunem povezovanju in prenosu informacij. V nastalem trikotniku tako najde »svoj prostor« in začuti, da je »koristen«.

Ob koncu tega prvega obiska očeta še enkrat poučimo o nadaljnjih obiskih otroka, ki so omejeni le na ožje člane in v zvezi s tem še enkrat poudarimo higienski režim v EIT. Vzpodbudimo ga tudi, naj pripelje k otroku mamo, čim bo njeno stanje to dopuščalo, v kolikor ne bo že sama prej obiskala otroka z oddelčno medicinsko sestro. V mnogih očetih se v tem trenutku pojavi strah pred neobveščeno v primeru spremembe otrokovega stanja. Zelo pomirjujoče delujemo, če mu povemo, da bo o vsem sproti obveščena mama, ki je ves čas prisotna v hiši, mnogi pa se oklenejo tudi telefonske številke, ki jim jo damo.

Obisk matere

Mati obišče otročka takoj, ko ji to njeno zdravstveno stanje dovoljuje. Lahko pride v EIT sama ali z možem, ki ji je pogosto že prenesel prve informacije. Ne smemo pozabiti, da je v stanju stresa, ne samo zaradi telesne prizadetosti (fizična bolečina, izguba krvi, stanje po carskem rezu/porodniški operaciji, večja izpostavljenost infektu), pač pa tudi zaradi strahu, bojznosti in negotovosti, ki jih je doživljala zadnje ure, med ločitvijo od otroka. Informacije o otrokovem stanju sta ji sicer posredovala oddelčna medicinska sestra in zdravnik, vendar je stopnja materine anksioznosti, kljub temu velika. Vzrok zanjo je zgodnja ločitev od otroka in s tem prekinjena čustvena vez med njima, ki pogojuje nadaljnji razvoj otroka. Sodobne empirične raziskave to potrjujejo.

(Vedenje mater, ki so bile v prvi uri po rojstvu izpostavljene tesnemu stiku z otrokom »skin-to-skin« in dojenju, se razlikuje od skupine mater in otrok, ki tega niso imeli. Tako se matere iz prve skupine več ukvajajo s svojimi otroki, se jih manj bojijo in jih bolj ljubkujejo. Njihovi otroci pa se več smejiijo, so bolj mirni in bolje napredujejo.)

Mati je po porodu tudi utrujena, zaspana, negotova glede otrokove prihodnosti, porušena so pričakovanja in navdajajo jo občutki krivde.

Zdravstveno-vzgojni program prvega obiska je enak kot pri očetu. Pri materah se čustvena inkontinenca kaže v večji meri kot pri očetih. Zaradi značilnosti poporodnega obdobja in stresne situacije pogosto odreagirajo s kolapsom.

Mati se otroku približa zelo prestrašeno, pogosto s tiste strani izolete, ki odpira pogled na otrokov obraz. Daljši čas strmijo in opazujejo otroka, pogosto jih zalivajo solze in ne spravijo glasu iz sebe. Ko spregovorimo z njimi, nam prisluhnejo, komaj odgovorijo na spodbude in le stežka same postavljajo vprašanja. Zato je prav, da sami »polagamo« besede v njihova usta, jih opogumljamo in skušamo govoriti to, kar želijo slišati, vendar se ne oddaljamo od resnice.

Ne utrujamo jih z obilo informacij, kajti, kot mnoge povedo potem, jih v tem trenutku najbolj zanima, ali je otrok živ in če bo živel. Izkušnje iz prakse kažejo, da se mame tekom hospitalizacije opogumijo in z vsakim obiskom njihova aktivnost, z vključevanjem v komuniciranje z osebjem, narašča.

Mnoge mame se ob prvem obisku ne upajo dotakniti otroka; bojijo se ga in kot potem povedo, deluje nanje najbolj zavirujoče otrokov stekleni videz.

Opaziti je, da spoznavanje otroka (soočanje s prvim dotikom, s prvim jokom, videti ga, ko prvič sesa prstek ali vleče cucelj), očete opogumlja, matere pa večinoma spravlja v jok.

Veliko mater izgubi samospoštovanje, obtožujejo se, so razočarane, pogosto kažejo pretirano skrb za

otroka, sebe pa zanemarjajo in postavljajo v ospredje le otroka. Mater povprašamo po njenem počutju, skušamo vplivati na samopodobo. Svetujemo ji, naj veliko počiva, zakaj njeno zdravje je pomembnejše od otrokovega, saj ga bo morala hraniti, čim jima bo to dovoljevalo zdravstveno stanje. Izkoristimo njeno biološko motivacijo za zdravstveno vzgojo v zvezi z nego telesa, dojenjem in izbrizgavanjem mleka. Tu se mnogim materam porodi vprašanje o hranjenju otroka in pri večini je opaziti olajšanje in presenečenje, da bo otrok lahko dobival njeno mleko, kar je bilo v nasprotju z njenimi predstavami. To spoznanje v veliki meri vpliva na njeno samozavest.

Prvi obisk je za mater precej utrujajoč in zato kratek. Vzpodbudimo jo, naj pride k otroku kadar hoče in more in naj vpraša o vsem, kar jo zanima, zakaj praktične izkušnje so pokazale, da doživljajo mnoge matere v sebi neupravičene strahove, ker se boje spraševati.

Nadaljnji obiski staršev v enoti intenzivne terapije

Prve dni po porodu je mati še vedno utrujena, kvaliteta spanja je slabša, zato se mora predvsem spočiti, zato obiskuje otroka enkrat ali dvakrat na dan, potem pa so njeni obiski čedalje pogostejši. Oče je doma in prihaja v porodnišnico k materi in otroku, kolikor mu to dopuščajo oddaljenost (v primerih, kjer je bil opravljen »transport in utero« ali post-natalni transport, je to lahko več kilometrov daleč) in razmere doma (skrb za ostale družinske člane, prilagoditev na odsotnost matere, priprave na prihod mame in otroka domov).

Starši so pri otroku usmerjeni in pozorni na nekoliko drugačne spremembe kot osebje; zelo veliko jim pomeni že minimalno napredovanje otroka na teži, že najmanjša izguba jih potre. Pomemben mejnik predstavljajo dogodki, ko prvič vleče cucelj, ko prvič dobi materino mleko po gastrični sondi, nato po cuclju, ko je prvič oblečen v srajčko in hlačke, ko diha sam, ko ne potrebuje več monitorja in seveda, so zelo pozorni vsakokrat, ko osebje zamenja inkubator, še posebej pa bo prehodu v ogrevalno in navadno posteljico.

Prav menjava otrokovega okolja jim veliko pomeni in glede na to ločijo obdobja otrokovega bivanja v EIT in na to tudi nizajo dogajanja. Tako ločijo:

- »obdobje inkubatorja«,
- »obdobje ogrevalne posteljice«,
- »obdobje navadne posteljice«.

Pogosto to potovanje otroka od inkubatorja do navadne posteljice za starše pomeni otrokovo napredovanje in se k temu veliko bolj zatekajo kot k samim kliničnim ocenam (ki včasih zaostajajo za tem). Vzpodredno s tem narašča tudi vključevanje staršev v postopke zdravstvene nege, njihova samo-

stojnost in samozavest. Dokler je otroček v inkubatorju, je skrb zanj popolnoma prepuščena osebju, v ogrevalni posteljici začenja zanj skrbeti mama, v navadni posteljici pa je mama že skoraj samostojna in pred odpustom že popolnoma sama neguje in hrani otroka.

»Obdobje inkubatorja«

Prve dni so starši še vedno plašni in negotovi. Pogosto komaj slišno pridejo v sobo in grejo k otroku. Večina jih bolj malo sprašuje in prav je, da je v tem obdobju pobuda za komunikajo s strani osebja večja.

Mnoge mame povedo, da si dopoldan niso upale same k otroku in so raje počakale na obisk partnerja. Najbolj jih je obremenjevala misel, da bo otrok zjutraj, ko se bodo zbudile, živ in ali bo preživel. Tudi očetje so v teh prvih dneh s tem zelo obremenjeni, pogosto po telefonu vprašujejo od doma, kako je z otrokom, ostale informacije niti niso tako pomembne zanje. Največ klicev je zgodaj zjutraj in zvečer.

Starše skušamo pridobiti k sodelovanju z otrokom; svetujemo jim naj se z otrokom tiho pogovarjajo, mu prigovarjajo, naj ga božajo z nežnimi pomirjujočimi gibi. Vprašamo jih, če so že izbrali otroku ime. Mnogi ga navdušeno povejo in so še bolj navdušeni, ko opazijo, da tudi osebje otroka kliče po imenu. Nekateri



Foto: Klaudia Urbančič

se otroka bojijo poimenovati in to storijo šele takrat, ko se izboljšajo možnosti za otrokovo preživetje.

Ob prvih obiskih mora osebje še vedno veliko in pogosto opozarjati na higienska načela v EIT. Starši zaradi stresne situacije veliko stvari pozabijo, ne zdijo se jim pomembne, ker s tem ne živijo vsak dan in zaradi strokovne neusposobljenosti ne vidijo neposredne povezave z otrokom. Osebje naj bo strpno, naj ukrepa strokovno, a čuteče. Z agresivnim nastopom naj ne posega v vedenje staršev, ki so zaradi situacije že tako prizadeti in ranljivi. Vendar pa naj bo osebje dosledno in vztrajno pri svojih zahtevah, saj bodo starši v začetku pridobljene navade in vedenje v EIT ohranjali vse do otrokovega odpusta. Kaj kmalu bodo spoznali, da so vsi ukrepi dobronamerni in strokovno utemeljeni.

Naslednje dni so obiski matere pogostejši, več sprašuje, sama opaža in izrazi razlike, ki jih opazi pri otroku, glede na prejšnji dan. Zjutraj je zanj najbolj pomemben podatek otrokova telesna teža in, če je bil »kaj priden« ponoči. S tem misli na pogostnost bradikardij in apnoičnih atak. Ob zvočnem alarmu manj razburjeno reagira, pogosto tudi sama stimulira otroka in ga že upa tudi okarati. Osebje naj dopusti materi sodelovanje, saj s tem raste njena samozavest, zmanjšuje se aksioznost in izboljšuje se laktacija.

Starši v tem obdobju že dokaj dobro poznajo otrokov temperaturni list in radi prebirajo njegovo vsebino. Težko jih odvrnemo od tega. Poučimo jih o vsebini rubrik in informacijah, da si jih ne bodo napačno razlagali in na ustrezen način poskrbimo za strokovno izmenjavo informacij (etično načelo anonimnosti, diskretnosti in zaupnosti).

Mati se ob otroku čedalje dlje zadrži. Sedaj ne prihaja več le ob jutranji viziti, ko ji otroški zdravnik posreduje še čisto sveže informacije, pač pa tekom celega dneva. Nagovorimo jo, naj otroku prinese copatke ali malo igračko in ji svetujemo, kakšna naj bo.

Mati čedalje več komunicira z medicinsko sestro in spoznava, da ji ta lahko nudi številne zanj pomembne informacije o otroku in njegovem obnašanju. Pogosto sprašuje po bolj preprostejši razlagi zdravnikovih informacij, postavlja medicinsko sestro v odvetniško vlogo. Njej tudi raje zaupa svoje bojzani, dvome in sprašuje po nasvetih. Tako je medicinska sestra pomemben člen v zdravstvenem timu, v verigi posredovanja strokovne komunikacije.

Razpoloženje in samozavest staršev, predvsem matere, sta v veliki meri odvisna od otrokovega zdravstvenega stanja in napredovanja. Zato ji moramo ob vsakem poslabšanju še posebej stati ob strani in ji vlivati upanje.

Osebje mora biti zelo pozorno na pretirano vznemirjenost matere, neobičajno vedenje, morebitne halucinacije in dalj časa trajajočo nespečnost, ki ji ni vzrok bolečina, kar lahko kaže na poporodno psihozo.

Depresivnost matere v prvih dneh in tednih po porodu je dokaj pogost pojav. Veliko bolj je razširjen, kot ponavadi mislimo, in manj žensk je deležnih pomoči. Depresivnost se izraža v različnih stopnjah; od depresivnih reakcij do psihotičnih depresij. To povzroči motnje v odnosu med partnerjema in v odnosu z otrokom. V hujši obliki sta lahko ogrožena življenje matere in otroka.

Depresivne motnje v poporodnem obdobju delimo na:

1. Depresije, ki trajajo že iz obdobja pred nosečnostjo in porodom. Lahko so endogene ali nevrotske.
2. Depresije, ki se pojavijo šele po porodu:
 - kratkotrajne čustvene motnje prve tri dni po porodu (poporodna otožnost, otožnost četrtega dne). Pogojujejo jih hitre hormonalne spremembe. Ponavadi same po sebi hitro izzvenijo.
 - nevrotske reakcije, ki jih povzročijo sprememba psihosocialnega položaja. Nastopijo kot reakcija na življensko obremenitev in/ali kot dekompenzacija nevrotsko strukturirane osebnosti (7).

Ker so obiski matere daljši, ima možnost več videti, kaj se dogaja z otrokom tekom dneva. Predstavimo ji tudi delo ostalih članov zdravstvenega tima: fizioterapevta, rentgenskega tehnika, psihologa.

Če diagnostično-terapevtski program to zahteva, potem zaprosimo starše, da se za hip umaknejo iz sobe (rtg-sevanje, agresivni posegi na otroku, urgentne intervencije pri drugih varovancih). Večina jih tedaj reagira zelo nezaupljivo in prestrašeno, zato jim vselej natančno pojasnimo vzrok. Če mama vztraja, da bo pri otroku med jemanjem krvi, popustimo, vendar smo ves čas pozorni na njene reakcije, saj je prav mati tista, ki je sposobna otrokovo bolečino podoživljati.

Veliko staršev izrazi nezaupanje in zanimanje, kaj se dogaja z otrokom v njihovi odsotnosti. Pogosto si mame »poiščejo pogled« na otroka iz okna svoje sobe (če to omogoča način gradnje stavbe) in tako bdijo nad dogajanjem v EIT. Težko se ločijo od otroka takrat, ko se njegovo zdravstveno stanje poslabša in takrat izrazijo željo po dodatnem obisku, še posebej zvečer pred spanjem. Osebe naj bo prilagodljivo v ravnanju, zdravstvena nega naj bo usmerjena k individualnim potrebam varovanca.

Proti koncu »obdobja inkubatorja«, ko otrokovo zdravstveno stanje to dopušča, začnemo z *metodo kenguru*. V znanstvenih krogih jo poimenujejo tudi »skin-to-skin« metoda, vendar starši raje govorijo o »kengurujčkanju«, ker že

ime nakazuje podobnosti z njihovim malim bitjem.

Prvič so to metodo uporabili v Bogoti v Kolumbiji, 1979.

Mati se udobno namesti v ležalniku (pod kotom 60°), golega otroka ji položimo med gola prsa in ga prekrijemo s plenico in z njenim oblačilom. Otrok je lahko priključen na monitor, dotok kisika (če ga potrebuje) omogočimo v neposredno bližino obraza. Med pestovanjem predvajamo nežno glasbo.

Materi pojasnimo prednosti in namen takega načina pestovanja:

- mati in otrok ustvarita termo-usklajeno okolje (ko materina temperatura narašča, otrokova pada),
- otrok ohranja temperaturo,
- otrok in mati sta popolnoma sproščena in umirjena, čustvena vez med njima se utrjuje,
- neposredna vizuelna stimulacija materine oči – otrok,
- otroci imajo manj in krajša obdobja plitvega dihanja in atak,
- laktacija je boljša, prej se vzpostavi dojenje in te matere dlje dojijo svojega otroka,
- pri otroku so opazna daljša obdobja globokega spanja,
- otrok bolje napreduje,
- med samim pestovanjem otrok ne joka, prej gre domov in pri šestih mesecih manj joka,
- porasta infektov zaradi uvajanja te metode niso zaznali.

Zelo radi pestujejo na ta način tudi očetje, vendar dajemo prednost materam, prav zaradi vplivov na dojenje.

»Obdobje ogrevalne posteljice«

Otrok je ponavadi v tem obdobju že na oddelku za intenzivno nego (EIN). Okolje je tu bolj umirjeno,



Foto: Klaudia Urbančič

manj je motečih dejavnikov, pa tudi otrokovo zdravstveno stanje je ponavadi že tako, da diagnostično-terapevtski program ne zahteva tako pogostih in motečih postopkov kot v EIT.

Mater začnemo postopno vključevati v postopke zdravstvene nege. Mnoge so si ves čas doslej intenzivno želele same negovati otroka. Nasploh občutijo močno željo po tem tiste, ki so nameščene v bolniški sobi skupaj z otročnico, ki ima ob sebi zdravega donošenega otroka. Osebe naj poskrbi, da bi bile matere, ki so prezgodaj rodile, raje skupaj. S tem daje tudi možnost medsebojne izmenjave laičnih izkušenj.

Mnoge matere se bojijo negovati otroka, kar zahteva večjo aktivnost in pomoč osebja. Otrok in mati potrebujeta čas, da se ujameta, da zgradita svet in vzpostavita odnose, ki so bili hladno in nepričakovano porušeni in ranjeni.

Materini obiski sedaj sovpadajo z otrokovimi obroki hranjenja, oziroma stanji spanja in budnosti. Naučimo jo hranjenja in posebnosti pri nedonošenčku. Nudimo ji oporo in delujemo zdravstveno-vzgojno zlasti tedaj, ko se pojavijo težave ob navajanju na cucelj ali na dojenje.

Pogosto doživijo v tem obdobju krizo matere dvojčkov, trojčkov; zbojijo se obsega dela, utrujene so in bojijo se odhoda domov.

Fizioterapevt nauči mater ustreznega rokovanja z otrokom (handling). S pravilnim dvigovanjem, nošenjem, previjanjem in hranjenjem, pospešujemo otrokov psihomotorični razvoj. Ostali člani zdravstvenega tima, naj se ravnajo po navodilih fizioterapevta in delujejo vzgledno.

»Obdobje navadne posteljice«

Vloga staršev v postopkih zdravstvene nege je že precej samostojna, potreben je le še nadzor osebja in občasna pomoč. Starši prihajajo na obiske veseli, nasmejani, z veliko večjo mero samozavesti, ki jim jo daje predvsem otrokov napredek. Pogosto in samooktivno se vključujejo v komunikacijo z osebjem, ne gre pa zanemarjati izmenjave mnenj z drugimi starši. Zelo pomembne so izkušnje, ki jih lahko ti starši posredujejo novincem.

To je tudi obdobje priprave za domov. Materi omogočimo, da veliko sprašuje.

Veliko jih v tem obdobju odide domov (v kolikor niso že prej odšle, če so jih v to silile družinske okoliščine ali v primerih hude čustvene potrtosti), da pripravijo prostor in stvari za otroka. Mleko si izbrizgavajo doma in ga nato zmrznjenega (če je to potrebno) prinašajo v porodnišnico ali pa prihajajo otroka dojit.

Veliko mater je strah odhoda domov, še vedno se bojijo svojega šibkega otroka, navdajajo jih dvomi, če bodo znale z njim ustrezno ravnati. Osebe naj deluje spodbudno in naj staršem svetuje, da lahko pokličejo po telefonu, če bodo v stiski.

Zdravstveno-vzgojno delo s starši prezgodaj rojenih otrok je zelo individualno pogojeno. Nanj v veliki meri vplivajo socialne značilnosti. Če jih poznamo, nam to v veliki meri olajša delo: nizek socialno ekonomski status, izobraženost staršev, starost matere (adolescentna mati, stara mati), mnogorodna mati, neporočena mati, razvade matere.

Psihologi ugotavljajo, da so te ženske manj zrele, egocentrične, močno vezane na očeta, izražajo pa tudi zavesten ali podzavesten odklonilni odnos do nosečnosti. Mnoge so bolj odvisne, nebogljene, anksiozne in negotove, pogosto imajo tudi občutek krivde, ker kot ženske niso izpolnile svoje naloge (8).

Vloga staršev v stresni situaciji

Rojstvo otroka lahko pomeni tudi začetek stresa v katerega zapadeta starša, še posebej, če je njun otrok nedonošen, prizadet ali se bori z življenjem. Pogosto so na preizkušnji tudi partnerski odnosi. Stres ob rojstvu vpliva na nadaljnje načrtovanje potomstva. Taki starši potrebujejo pomoč in podporo s strani osebja, svojcev in razumevanje v svojem delovnem okolju.

Starševstvo v normalni situaciji je proces postopnega oddaljevanja med starši in otrokom, od intimnega fizičnega kontakta in odvisnosti na začetku, k vse večjemu osamosvajanju otroka, ki je pod nadzorstvom staršev. Pri rizičnem novorojencu je ta proces porušen, otrok je odtujen, starši so popolnoma ločeni in nemočni. Postopna in ponovna pridobitev otroka je proces starševstva, ki se razvija in ga osebe skuša podpirati v EIT.

Pri ponovnem doseganju starševske zavesti omejujejo psihologi štiri stopnje:

1. Na začetku se pojavi strah pred izgubo otroka. Ta strah je pogosto realen, in ga ne bi smeli zanikati. Predvsem bi se morali starši o tem pogovarjati, ker bi jim bilo potem lažje. Vendar ljudje v podobnih situacijah različno reagiramo; tako se nekateri starši želijo otroku približati, drugi se umaknejo.
2. Ko otrok prebrodi krizo in se izkaže, da bo živel, nastopi strah zaradi dolgotrajnih posledic in negotove prihodnosti. Starši se samoobtožujejo, zapadajo v depresijo in jezo.
3. Naslednja faza v ponovnem doseganju starševske zavesti se začne in tudi pospeši z vključevanjem staršev v nego otroka. Starši se začnejo zavedati svoje vloge v večji meri, k vplivanju upanja pripomore tudi otrokovo vidno napredovanje.
4. Na osnovi tega znova pridobljenega zaupanja in samozavesti, so starši pripravljeni videti svojega otroka kot enkratno neponovljivo osebnost. To je stopnja, ko se otroku priznava individualnost in, ko začnejo biti starši ponosni na svojega otroka, ko ga sprejmejo takega kot je in si ne želijo več, da bi bil kdo drug (7).



Izguba otroka

Stres staršev se še pogloblja, če je izid otrokovega življenja močno negotov ali je otrokova prizadetost nezdržljiva z življenjem. Staršema omogočimo kar največ stika z otrokom, seveda, če to želita. Zelo pa smo pozorni na materino počutje, ki je v taki situaciji še posebej potrebna počitka. Starša se pogosto ne moreta odtrgati od otroka, zastavljata si številna vprašanja in se obtožujeta. Mati v takih trenutkih išče oporo v možu, pogosto ju situacija zbliža. Materi je v veliko pomoč tudi njena mati, zato naj osebe omogoči obisk najožjim svojcem. Še posebej naj to mogoči adolescentni in samski mami. Če starša izrazita željo po obisku sorojencev, na to pristanemo, vendar ju opozorimo na vpliv okolja EIT, ki bi ga to zaradi svojih značilnosti, utegnilo imeti nanje.

Omogočimo jim izražanje verskih čustev.

Mater vzpodbujamo k dotiku, ponudimo ji otroka za pestovanje, vendar je ne silimo.

Po smrti naj osebe trupelce uredi in, če ima otrok malformacije ali je bolezensko spremenjen, naj skuša vplivati na ustrezen videz, ki lahko starše še posebej prizadene, če otroka vidita prvič. Staršem omogočimo, da se mrtvega otroka dotakneta, da zaznata njegovo negibnost. Literatura navaja, da je proces žalovanja veliko bolj boleč v primerih, ko svojci niso imeli možnosti videti in se dotakniti preminulega, v primeru mrtvorojenega otroka ali v primreu smrti v peri-

natalnem obdobju, pa ga otežuje pomanjkanje spominov in dejstvo, da otroka niso poznali njihovi prijatelji, sosede.

Staršema omogočimo pogovor z vsemi člani zdravstvenega tima (zdravnik, medicinska sestra, psiholog). Na voljo smo jim tudi po odpustu matere, kajti številna vprašanja se začnejo pojavljati šele tedaj. Literatura navaja tudi možnost vključevanja staršev v skupinsko terapijo ali v delo s prostovoljci.

Sklep

Staršem, ki so se znašli z rojstvom svojega otroka v stresni situaciji, nudi pomoč celoten zdravstveni tim, ki izvaja postopke diagnostično-terapevtskega programa pri otroku. Zdravstvena vzgoja obsega seznanjanje z razvojnimi značilnostmi in potrebami prezgodaj rojenega otroka, svetovanje in neposredno pomoč pri premagovanju kriz, učenje in vključevanje v postopke zdravstvene nege in vzpodbujanje čustvene vezi, ki je bila z rojstvom prekinjena.

Pri oblikovanju naloge so mi za ogrodje služile lastne izkušnje štiriletnega dela v EIT novorojencev Ljubljanske porodnišnice. V veliko pomoč mi je bilo tudi znanje in izkušnje mojih učiteljev, ki so me uvedli v delo na oddelku, za kar se jim zahvaljujem.

Pišem o stvareh, ki se jih ne da objektivno meriti in dokazovati. Pogosto je zanje edino merilo človekova osebnost. Zato so opisi nekaterih dogodkov čustveno obarvani.

Vrednotenje lastnega dela ni takojšnje in nudi tako nejasno orientacijo o uspešnosti. Prav zaradi tega predstavljajo vodilno motivacijo za osebe obiski trištirletnih otrok, otrok, ki že sami hodijo in po svoje čebljajo, otrok, ki so prag svojega življenja preživeli v »medicinski maternici«. Zavoľjo teh se spleča!

Literatura

1. Košiček M. Starši ne starši. Ljubljana: CZ, 1980.
2. Leach P. Otrok od rojstva do šole. Ljubljana: Domus, 1991.
3. Mal M. Fiziologija novorojenčka. Ljubljana. Teze predavanj specializacije za babice, 1992.
4. Skoberne M. Zdravstvena nega nosečnice, porodnice in otročnice. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1984.
5. Babnik J. Razvoj otrok z zelo nizko porodno težo ter nedonošenčkov. Ljubljana. Teze predavanj specializacije za babice, 1992.
6. Marderšič D et al. Pediatrija. Zagreb: Školska knjiga, 1984.
7. Velikonja V. Prihod novorojenčka v družino. Ljubljana. Podiplomski študij, zaključna naloga, 1993.
8. Velikonja V. Vpliv dejavnikov okolja na psihični razvoj prezgodaj rojenih otrok v prvem letu življenja. Ljubljana. Magistrska naloga, 1990.
9. Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth-weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. Acta Paediatr Scand 1989; 78.
10. Affonso D et al. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an american tertiary level intensive care nursery. Neonatal Network 1992, april.

11. Anderson GC. Skin to skin: kangaroo care in western Europe. *Am J Nurs* 1989, may.
12. Barb S, Lemons P. The premature infant: toward improving neuro-developmental outcome. *Neonatal Network* 1989; 7:
13. Consolvo CA. Relieving parental anxiety in the care-by-parent unit. *JOGNN* 1986, march–april.
14. Evans HE, Glass L. *Perinatal medicine*. Harper and Row, 1976.
15. Furlan I. *Čovjekov psihični razvoj*. Zagreb: Školska knjiga, 1985.
16. Gennaro S. Anxiety and problem-solving ability in mothers of premature infants. *JOGNN* 1986, march–april.
17. Hartelius I et al. How little you are! *Neonatal Network* 1992; 11:
18. Ibuka M. *V vrtcu bo morda že prepozno*. Ljubljana: Tangram, 1992.
19. Kimble DL. Neonatal death: a descriptive study of fathers' experiences. *Neonatal Network* 1991; 9:
20. Oehler J et al. How little you are – commentary. *Neonatal Network* 1992; 11:
21. Parker A. Expert handling. *Nursing Times* 1990; 86:
22. Pickler R et al. The effect of nonnutritive sucking on bottle-feeding stress in preterm infants. *JOGNN* 1993; 22:
23. Trček J. *Medicinska psihologija*. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1986.
24. Wahlberg V. Alternative care for premature infants. The »kangaroo method«. Advantages, risks and ethical questions. *Neonatalogie* 1987; 4.
25. Wahlberg V. The »kangaroo method« and breastfeeding in low birth weight babies. *N. U.* 1991; 3/Vol. 5.
26. Weingarten CT et al. Married mothers' perception of their premature or term infants and the quality of their relationships with their husbands. *JOGNN* 1990; 19: 1.
27. Welch ID. Miscarriage, stillbirth, or newborn death: starting a healthy grieving process. *Neonatal Network* 1991; 9.
28. *Urgentna pediatrija in intenzivno zdravljenje*. Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1993.