

Процедури догляду

Європейські стандарти догляду за новонародженими

european standards of
care for newborn health

EFCNI european foundation for
the care of newborn infants

european standards of
care for newborn health

Тематична експертна група

Процедури догляду

Зміст

Вступ 2
Постановка та користування зондами для харчування 4
Догляд за порожниною рота 10
Зміна підгузків 15
Підтримка позиціонування та комфорт 19
Підтримка грудного вигодовування 24
Захист сну 30
Догляд за шкірою госпіталізованих дітей 35
Підтримка під час болісних процедур та оцінка болю 40
Підтримка дитини під час гігієнічних процедур 45
Забір крові для аналізу 51
Температурний менеджмент новонароджених 56
Зважування 62

Переклад та публікацію підтримує
Європейський Союз за програмою Дім Європи

HOUSE OF EUROPE

ПРЯМУЄМО РАЗОМ

ранні пташки

ČESKÁ CENTRA
CZECH CENTRES

powered by
EFCNI

Вступ

Процедури догляду та рутинні дії персоналу можуть мати суттєвий вплив на немовлят, особливо на дуже недоношених та хворих.(1) Крім того, недоношені та хворі немовлята мають більший ризик розвитку інфекцій, зневоднення, дисбалансу, температурної нестабільності та уражень шкіри. (2) Отже, ця уразлива група потребує належних заходів повсякденної життєдіяльності (ЗПЖ) шляхом забезпечення індивідуальної підтримки та комфорту, з метою зменшення ризиків коротко- та довгострокових наслідків. Заходи повсякденного життя у відділенні новонароджених включають постуральну підтримку, годування, гігієну, зміну пелюшок, температурний контроль, догляд за шкірою та порожниною рота, захист сну, зважування, а також такі медичні втручання, як постановка та користування зондами для годування, забір зразків крові та підтримка під час болісних процедур.

Усі доглядачі повинні усвідомлювати, що недоношені та хворі немовлята мають особливі потреби, тож слід обирати відповідні ЗПЖ. (7,8) Щоб уникнути стресу, догляд мають здійснювати досвідчені та спеціально підготовлені медичні працівники у найобережніший спосіб задля дотримання комфорту, гігієни, а також фізіологічної та поведінкової стабільності немовляти відповідно до його індивідуальних потреб. (3–6) Слід прагнути мінімізації пошкоджень шкіри, дискомфорту, стресу, болю чи будь-якої фізіологічної нестабільності. (1) Крім того, слід забезпечувати такі відділення належними матеріалами та виробами, адаптованими до різного віку, наприклад для очищення шкіри, у достатній кількості.

Медичні працівники мають інформувати та керувати батьками у питаннях догляду за своєю дитиною та підтримувати їх активну участь, оскільки догляд за власним немовлям заохочує зв'язок батьків і дітей, а також покращує впевненість батьків та компетентність у підтримці ЗПЖ своєї дитини. (9–11) Усі процедури догляду повинні виконувати медичні працівники, навчені принципам догляду за дітьми та сім'єю (див. TEG Infant- and family-centred developmental care). Експертна група з питань догляду (TEG) розробила стандарти, що відображають спектр потреб недоношених та хворих немовлят, та у підсумку надають належні алгоритми.

Джерела

1. Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. Biol Neonate. 1998;73(1):1–9.
2. Lund CH, Osborne JW, Kuller J, Lane AT, Lott JW, Raines DA. Neonatal skin care: clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses and the National Association of Neonatal Nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. 2001 Feb;30(1):41–51.
3. Comaru T, Miura E. Postural support improves distress and pain during diaper change in preterm infants. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2009 Jul;29(7):504–7.
4. Lyngstad LT, Tandberg BS, Storm H, Ekeberg BL, Moen A. Does skin-to-skin contact reduce stress during diaper change in preterm infants? Early Hum Dev. 2014 Apr;90(4):169–72.
5. Levy J, Hassan F, Plegue MA, Sokoloff MD, Kushwaha JS, Chervin RD, et al. Impact of hands- on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit. Pediatr Pulmonol. 2017;52(1):84– 90.
6. Visscher MO, Taylor T, Narendran V. Neonatal intensive care practices and the influence on skin condition. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2013 Apr;27(4):486–93.

powered by EFCNI

7. Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. J Adv Nurs. 2009 Oct;65(10):2239–48.

8. Coughlin M. Transformative Nursing in the NICU [Internet]. Springer Publishing. [cited 2018 Jun 20]. Available from: http://www.springerpub.com/transformative-nursing-in-the-nicu.html/

9. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28.

10. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2013 Apr;13(2):115–26.

11. Als H. A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Phys Occup Ther Pediatr. 1986 Jan 1;6(3–4):3–53.

Постановка та користування зондами для харчування

Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M, Hankes-Drielsma I, Jørgensen E, Lopez Maestro M, Silva E

Цільова група

Немовлята та батьки

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Постановка та користування зондами для харчування здійснюється навченою особою з урахуванням потреб та комфорту немовляти

Обґрунтування

Зондове харчування через назогастральну або орогастральну трубку є життєво важливим для живлення, доки немовля не зможе повноцінно харчуватись грудьми або з пляшки. Зонди для годування також використовуються для декомпресії повітря зі шлунку та введення ліків. Спосіб постановки зонда для годування та режим харчування може варіювати залежно від харчової толерантності та комфорту немовляти. Гіперчутлива відповідь на пероральну стимуляцію та сенсорні захисні реакції – дві ознаки недоношених дітей, які можуть виникнути під час годування через зонд. (1)

Тривале використання зонда асоційоване з виникненням рефлюксу та утрудненням переходу до повноцінного харчування шляхом смоктання(1) та пізніше до споживання твердих продуктів. Наявність трубки може дратувати немовля і стимулювати блювотний рефлекс. У довгостроковій перспективі немовлята, які харчуються через зонд, можуть звикнути до цього подразника, що може погіршити чутливість та заважати смоктанню та ковтанню при переході на оральне годування. Крім того, медичні працівники неонатального відділення повинні знати про можливі ризики внаслідок впливу фталату. Тому слід ідентифікувати матеріал, з якого виготовлено зонд, та розглянути альтернативні пристрої. (2)

Існує невеликий ризик того, що під час постановки зонд для годування може помилково потрапити в дихальні шляхи чи решітчасту кістку, або вийти зі шлунка пізніше, після вдалої постановки. Неправильне розміщення слід розпізнати на ранній стадії, перед тим, як використовувати зонд. Існує кілька методів перевірки розташування назогастральних зондів для годування. (3,4)

Переваги:

Короткострокові переваги

- зниження ризику ускладнень під час постановки зондів для годування (4)
- зниження болю та дискомфорту під час постановки зонда (5)
- зниження стресу для пацієнтів (6)

Довгострокові переваги

- зменшення проблем при переході до орального харчування (1,7)
- покращення сенсорного розвитку (1)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про можливість харчування через зонд	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Медичні працівники навчають батьків розпізнавати та реагувати на ознаки дискомфорту під час постановки зонда. (8) (див. TEG Care procedures, see TEG Infant- and family- centred developmental care)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
3. Батьки мають можливість бути присутніми під час постановки зонда і надавати дитині підтримку. (8)	A (Помірна якість)	Зворотній зв'язок від батьків
Для медичних працівників		
4. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови щодо організації та підтримання годування. (9,10)	B (Висока якість)	Настанова
5. Усі медичні працівники відвідали теоретичні та практичні заняття з користування та обслуговування зондів для годування. (4,11–14)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
Для відділення новонароджених		
6. Є доступною та вчасно оновлюється єдина настанова з користування та обслуговування зондів для годування. (9,10) (див. TEG Care procedures)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Настанова
Для лікарні		
7. Забезпечення навчанням з постановки та обслуговування зондів для харчування (9) (див. TEG TEG Patient safety & hygiene practice)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
8. Наразі є доступними зонди різного розміру, виготовлені з безпечних матеріалів, тож розмір зонда обирається індивідуально. (2)	B (Висока якість)	Аудиторський звіт

powered by EFCNI

9. Наразі є доступними різні фіксуючі засоби та матеріали, що індивідуально підбираються кожній дитині. (15)	A (Помірна якість)	Аудиторський звіт
Для організаторів охорони здоров'я		
10. Національна настанова щодо постановки зондів для годування, включно з інформацією про безпечні матеріали, є доступною та регулярно оновлюється	B (Висока якість)	Настанова

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
Сприяти дослідженню фталатів у складі зондів, що використовуються для особливо вразливих немовлят	A (Низька якість)

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про постановку зонда та його обслуговування

Для медичних працівників

- Відвідати теоретичні та практичні заняття з користування та обслуговування зондів для годування

Для відділення новонароджених

- Створити та впровадити єдину настанову з користування та обслуговування зондів для годування
- Створити інформаційні матеріали з постановки та обслуговування зондів для батьків

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у тренінгах з користування та обслуговування зондів для годування

Для організаторів охорони здоров'я:

- Створити та впровадити національну настанову з постановки зондів для годування, включно з інформацією про безпечні матеріали

Постановка назогастрального та орогастрального зонда: крок за кроком	
Дія	Пояснення
1. Поясніть процедуру та можливу реакцію дитини	
2. Запросіть батьків підтримати дитину: потримати, повідсмоктувати, притримати	Зміцнення ролі батьків у забезпеченні комфорту та захисту їхньої дитини
Підготовка	
3. Оберіть зонд належного розміру	
4. Переконайтесь, що ви маєте усе необхідне під рукою: зонд, матеріали для фіксації, пустушка, позиціонери, особа для допомоги, за можливості	Таким чином ви можете зосередити усю свою увагу на дитині та не залишати її без нагляду
5. Видаліть залишки старих фіксаторів (пластирів?) олійкою або водою	
Постановка	
6. Оберіть найбільш комфортну позу для дитини та доглядача, щоб постановка відбулась плавно. Надають перевагу положенню немовляти на боці, якщо це сумісно з іншими методами лікування. Зробіть процедуру комфортною і безпечною для немовляти: використайте обгортання, пеленання, щоб руки та ноги дитини були зігнуті, була поверхня для опори стопи. Розгляньте можливість перебуваннянемовляти на колінах/руках матері	Вибір положення та підтримка з позиціонуванням впливають на здатність немовляти залишатись нерухомим і спокійним. Як правило, найлегше встановити зонд у положенні на боці і найскладніше на спині. Чим спокійніше немовля, тим легше встановити зонд
7. Якщо у немовляти немає ендотрахеальної трубки, запропонуйте пустушку, щоб заохотити смоктання перед введенням зонда	Смоктання допоможе дитині проковтнути трубку
8. Без поспіху просувайте зонд вниз, щоб підтримувати мінімальний рівень збудження	

powered by EFCNI

9. Надійно зафіксуйте трубку не подразливими для шкіри матеріалами. Використовуйте найменші шматочки та уникайте їх контакту з повіками та губами	Мінімізуйте ризик пошкодження шкіри, щоб уникнути подразнення та відповідних порушень поведінки.
Після	
10. Потурбуйтесь про комфорт дитини. Залишайтесь з нею, доки вона заспокоїться	Забезпечте можливість швидкого повернення до стабільного положення. Фізіологічні реакції немовлят можуть затримуватись

Джерела

1. Lima AH, Côrtes MG, Bouzada MCF, Friche AA de L. Preterm newborn readiness for oral feeding: systematic review and meta-analysis. CoDAS. 2015 Feb;27(1):101–7.
2. Fischer CJ, Bickle Graz M, Muehlethaler V, Palmero D, Tolsa J-F. Phthalates in the NICU: is it safe? J Paediatr Child Health. 2013 Sep;49(9):E413-419.
3. de Boer JC, van Blijderveen G, van Dijk G, Duivenvoorden HJ, Williams M. Implementing structured, multiprofessional medical ethical decision-making in a neonatal intensive care unit. J Med Ethics. 2012 Oct;38(10):596–601.
4. Sorokin R, Gottlieb JE. Enhancing patient safety during feeding-tube insertion: a review of more than 2,000 insertions. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2006 Oct;30(5):440–5.
5. McCullough S, Halton T, Mowbray D, Macfarlane PI. Lingual sucrose reduces the pain response to nasogastric tube insertion: a randomised clinical trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008 Mar;93(2):F100-103.
6. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2013 Apr;13(2):115–26.
7. Shaker CS. Infant-Guided, Co-Regulated Feeding in the Neonatal Intensive Care Unit. Part I: Theoretical Underpinnings for Neuroprotection and Safety. Semin Speech Lang. 2017;38(2):96-105.
8. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28.
9. Richards MK, Li CI, Foti JL, Leu MG, Wahbeh GT, Shaw D, et al. Resource utilization after implementing a hospital-wide standardized feeding tube placement pathway. J Pediatr Surg. 2016 Oct;51(10):1674–9.
10. Roofthooft DWE, Simons SHP, Anand KJS, Tibboel D, van Dijk M. Eight years later, are we still hurting newborn infants? Neonatology. 2014;105(3):218–26.
11. Nyqvist KH, Sorell A, Ewald U. Litmus tests for verification of feeding tube location in infants: evaluation of their clinical use. J Clin Nurs. 2005 Apr;14(4):486–95.
12. Beckstrand J, Cirgin Ellett ML, McDaniel A. Predicting internal distance to the stomach for positioning nasogastric and orogastric feeding tubes in children. J Adv Nurs. 2007 Aug;59(3):274– 89.
Ellett MLC, Beckstrand J, Flueckiger J, Perkins SM, Johnson CS. Predicting the insertion distance for placing gastric tubes. Clin Nurs Res. 2005 Feb;14(1):11-27; discussion 28-31.
13. Ellett MLC, Cohen MD, Croffie JMB, Lane KA, Austin JK, Perkins SM. Comparing bedside methods of determining placement of gastric tubes in children. J Spec Pediatr Nurs JSPN. 2014 Jan;19(1):68-79
14. Baharestani MM, Ratliff CR. Pressure ulcers in neonates and children: an NPUAP white paper. Adv Skin Wound Care. 2007 Apr;20(4):208, 210, 212, 214, 216, 218–20.

powered by EFCNI

15. National Health Service (NHS). Royal Cornwall Hospitals. Clinical Guideline for the care of a neonate, child, or young person requiring a naso/orogastric tube [Internet]. [cited 2018 May 23].

16. Available from: https://doclibrary- rcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitals Trust/Clinical/Neonatal/NasoOrog astricTubeGuidelineForTheCareOfNeonateChildOrYoung PersonRequiring.pdf

17. Warren I. FINE: Family and infant neurodevelopmental education. Grundlagen für familienzentrierte entwicklungsfördernde Betreuung. FINE Partnership. 2015.

Догляд за порожниною рота

Gross D, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M, Hankes-Drielsma I, Jørgensen E, Silva E

Цільова група

Немовлята та батьки

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Немовлята отримують догляд за порожниною рота згідно їхніх індивідуальних потреб та з мінімальними негативними реакціями.

Обґрунтування

Рот важливий для їжі, пиття, смаку, дихання, імунного захисту, мовлення та спілкування. Основна мета догляду за ротовою порожниною - зменшити ризик розвитку інфекцій та забезпечити комфорт. (1,2) Гігієна порожнини рота - невід'ємна частина загального догляду. Оцінка стану рота та планові втручання можуть допомогти запобігти, звести до мінімуму проблеми або зберегти здоров'я ротової порожнини. Якщо догляд за ротом проводиться неправильно, це може призвести до негативних наслідків. Є кілька досліджень з догляду за ротом недоношених новонароджених дітей. Щоб забезпечити належний догляд за ротом, перед початком процедури необхідно зробити ретельну оцінку порожнини рота, це може забезпечити індивідуальний догляд за немовлятами, залежно від їхнього фактичного стану. (2)
Догляд за ротом з використанням молозива може додатково запобігти інфекціям. (2) Молозиво корисне для кожного новонародженого, особливо для недоношених дітей, чиї ротові рефлекси (смоктання, ковтання, блювотний рефлекс) ще не зрілі, включно з тими, хто ще не харчувався перорально, адже це дозволяє відчути смак молозива і материнського молока. (2,3)
Догляд за ротом для недоношених та хворих немовлят - це більше, ніж гігієнічна вимога чи рутинне завдання догляду. Це можливість для батьків підтримувати зв'язок зі своїм немовлям, і спосіб немовляти відчути присутність батьків з самого початку життя. Немовлята та їхні батьки спілкуються переважно через дотик, відчуття запаху та смаку. Якщо батьки здатні здійснювати основний догляд за своєю дитиною, це зміцнює їх зв'язок. (4) (див. TEG Infant- and family-centred developmental care)

Переваги:

Короткострокові переваги

- покращення сенсорного досвіду (5)
- зменшення ризику уражень шкіри, локальних та системних інфекцій (1,2,6,7)
- поліпшення батьківської впевненості (4)
  (див. TEG Infant- and family-centred developmental care)

Довгострокові переваги

- зменшення ризику виникнення порушень харчування внаслідок негативного досвіду неонатального догляду за порожниною рота

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про позитивний вплив догляду за порожниною рота з використанням грудного молока	B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Медичні працівники заохочують батьків доглядати за порожниною рота своєї дитини	B (Помірна якість)	Зворотній зв'язок від батьків
Для медичних працівників		
3. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови з догляду за ротовою порожниною.	B (Висока якість)	Настанова
4. Молозиво використовується під час догляду за порожниною рота у новонароджених. (1,2,6,7)	A (Висока якість)	Настанова
5. Усі залучені медичні працівники пройшли навчання щодо важливості належного догляду за порожниною рота та розвитку чутливості рота (1,4) (див. TEG Infant- and family-centred developmental care, see TEG Education & training)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
Для неонатального та педіатричного відділення		
6. Єдина настанова щодо догляду за ротом є доступною та вчасно оновленою	B (Висока якість)	Настанова
7. Молозиво є доступним у догляді за порожниною рота. (9) (TEG Nutrition)	B (Помірна якість)	Настанова
8. Для уникнення негативної оральної стимуляції використовуються м'які матеріали. (5,8)	A (Помірна якість)	Настанова
Для лікарні		
9. Належне забезпечення витратними матеріалами та обладнанням.	B (Висока якість)	Навчальна документація

powered by EFCNI

Для організаторів охорони здоров'я		
10. Навчання догляду за порожниною рота включено до навчальних програм професійної освіти з охорони здоров'я	B (Висока якість)	Навчальна документація

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
Розробити інструмент оцінки догляду за ротом. (2)	A (Помірна якість)
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
N/A	

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про оптимальний догляд за ротом
- Медичні працівники підтримують та залучають батьків до щоденного догляду за ротом їхньої дитини або дозволяють це робити власноруч (4)

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з розвитку чутливості рота (8) та важливості належного догляду за порожниною рота
- Запрошувати та підтримувати батьків у здійсненні догляду за порожниною рота немовляти або забезпеченні комфорту дитини під час процедури (4)

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з догляду за порожниною рота
- Створити інформаційні матеріали про оптимальний догляд за ротом для батьків

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах з розвитку чутливості рота (8) та важливості належного догляду за порожниною рота

Для організаторів охорони здоров'я

- N/A

Щоб забезпечити належний догляд за ротом, перед початком процедури необхідно зробити ретельну оцінку порожнини рота, щоб вдовольнити індивідуальні потреби немовлят, залежно від їхнього фактичного стану. (2) Догляд за ротом з використанням молозива сприятливий для кожного новонародженого, особливо для недоношених дітей, чиї оральні рефлекси (смоктання, ковтання, блювотний рефлекс) ще не розвинені, та для тих, хто ще нічого не споживає через рот, адже це дозволяє відчувати смак молозива та материнського молока. (2,3) Спосіб догляду за ротом; крок за кроком (2) Медичні працівники повинні планувати регулярний догляд за порожниною рота, найчастіше обирають приблизно той само час, коли виконуються інші процедури. Однак частота догляду за ротом повинна бути індивідуальною для кожної дитини та базуватися на їх поведінкових реакціях, режимі сну та толерантності до маніпуляцій. Частота не менше 6-8 разів на добу буде доречною для більшості дітей.

Підготовка:
- Запросіть батьків, щоб підтримати їхню дитину або ж щоб разом здійснити процедуру.

Підготуйте необхідне оснащення:
- Стерильна вода
- Свіже молозиво (зціджене молоко, донорське молоко)- в ідеалі, набрати 0,2-0,3 мл в окремий шприц. Зважаючи на сучасні знання про безліч корисних властивостей молозива, свіже материнське молозиво – за наявності - завжди має бути першим вибором для догляду за ротом. Другим вибором (за наявності) буде материнське грудне молоко. Усі діти, що знаходяться в неонатальному відділенні, повинні вважатися придатними до такого догляду за ротом, оскільки дослідження показують, що покриття рота дитини молозивом є безпечним навіть для найбільш хворих та найменших дітей, включно з тими немовлятами, що не харчуються через рот або потребують вентиляції. Догляд за ротом з використанням молозива або грудного молока (за наявності) слід розпочати протягом 48 годин від моменту народження та повторювати принаймні один раз на 12 годин.
- Рідкий парафін або м'який вазелін (персональний для кожного пацієнта, який використовується тільки для ротової порожнини).
- Вимийте руки та одягніть нестерильні рукавички.
- Якщо дитина потребує санації (відсмоктування), здійсніть це перед процедурою догляду за ротом

Алгоритм процедури:
- Під час догляду за ротом персонал повинен пильно оглянути ротову порожнину, губи та язик, щоб зробити адекватну оцінку їх стану
- Візьміть (стерильний) марлевий тампон, занурте в пляшку стерильної води, потім відтисніть щоб видалити зайву воду. Протріть губи дитини, щоб видалити суху шкіру або фібрин. Не слід здійснювати процедуру «силою», якщо дитина спить, або не бажає відкривати рот. Дитина, швидше за все, буде більш прихильною наступного разу, тож важливо, щоб цей досвід був позитивним, це допоможе знизити ризик оральної відрази у дітей, які вже мають багато негативних оральних переживань
- Викиньте тампон і при необхідності продовжуйте очищення наступним, ніколи не занурюйте використаний тампон у стерильну пляшку з водою, оскільки це забруднить воду бактеріями та / або виділеннями з рота

- Змочіть ватну кульку молозивом і акуратно ніби прокотіть її уздовж губ
- Якщо порожнина рота досить велика, також прокрутіть аплікатор вздовж лінії ясен і над язиком метою щоб покрити усі стінки шаром молока
- Якщо губи сухі, можна нанести тонкий шар жовтого м'якого парафіну або рідкого парафіну. Наносити слід безпосередньо на губи за допомогою бавовняного аплікатора або пальця в рукавичці. Якщо дитина перебуває на сеансі фототерапії, то м'який жовтий парафін та рідкий парафін НЕ слід наносити на губи дитини через низький, але можливий ризик отримати опік шкіри при впливі світлових променів

Після:

- Викидайте всі використані відходи після процедури, включно з залишками молока, щоб запобігти бактеріальній колонізації та занесенню інфекції
- Переконайтесь, що запаси матеріалів поповнюються та зберігаються у відповідному місці, у чистому та охайному вигляді
- Задокументуйте результати оцінки стану рота та втручання у карту немовляти та перевірте частоту догляду за ротовою порожниною. Вкажіть, яку рідину було використано під час процедури
  Оцінка стану порожнини рота повинна бути задокументована за допомогою відповідного інструменту оцінки (шкали тощо)

Джерела

1. Fernandez Rodriguez B, Peña Gonzalez L, Calvo MC, Chaves Sanchez F, Pallas Alonso CR, de Alba Romero C. Oral care in a neonatal intensive care unit. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 2017 Apr;30(8):953– 7.
2. Thames Valley Neonatal ODN Quality Care Group. Guideline Framework for Mouth Care on the Neonatal unit [Internet]. [cited 2018 May 22]. Available from: https://www.networks.nhs.uk/nhsnetworks/thames-valley-wessex-neonatal-network/documents/guidelines/mouth-care-guideline
3. Lee J, Kim H-S, Jung YH, Choi KY, Shin SH, Kim E-K, et al. Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. Pediatrics. 2015 Feb;135(2):e357-366.
4. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28.
5. Kuhn P, Astruc D, Messer J, Marlier L. Exploring the olfactory environment of premature newborns: a French survey of health care and cleaning products used in neonatal units. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2011 Mar;100(3):334–9.
6. Schaal B, Hummel T, Soussignan R. Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. Clin Perinatol. 2004 Jun;31(2):261–285, vi–vii.
7. Gephart SM, Weller M. Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2014 Feb;14(1):44–51.
8. Rommel N, De Meyer A-M, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003 Jul;37(1):75–84.
9. Leeds Teaching Hospital Trust. The use of colostrum and expressed breast milk for oral care, in neonates who are unable to be orally fed on the Neonatal Unit. 2010.

Перше видання, Листопад 2018
Життєвий цикл - 5 років/наступний перегляд: 2023
Рекомендоване цитування - EFCNI, Gross D, Oude-Reimer M et al., European Standards of Care for Newborn Health: Mouth care. 2018.

Зміна підгузків

Camba F, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Ceccatelli M, Jørgensen E,
Hankes-Drielsma I, Silva E

Цільова група

немовлята, батьки та родичі

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Заміна підгузків проводиться таким чином, щоб мінімізувати пошкодження шкіри, дискомфорт, порушення фізіологічного стану немовляти.

Обґрунтування

Зміна підгузків - це повсякденна процедура догляду, необхідна щоб зберегти ділянку промежини в чистоті та захистити шкіру від пошкоджень, а також для комфорту немовляти. Недостатня гігієна або агресивне очищення можуть спровокувати дерматит в області промежини. Процедура може бути стресовою, особливо для надзвичайно недоношених та хворих немовлят. (1) Вони мають більший ризик короткочасних наслідків стресу (наприклад, коливання внутрішньочерепного артеріального тиску зі збільшенням ризику внутрішньошлуночкового крововиливу, збільшення частоти серцевих скорочень та зниження насичення крові киснем), а також відтермінованих наслідків стресу (наприклад, алостатичне навантаження та неможливість адекватного реагування на стрес). (2) Спосіб, заміни підгузків впливає на комфорт немовляти, фізіологічну та поведінкову стабільність, тож її слід здійснювати в максимально делікатний спосіб. (3–6)

Переваги:

Короткострокові переваги

- поліпшення комфорту (2-4)
- поліпшення фізіологічного стану під час процедури (3,4)
- зменшення пошкодження шкіри промежини (6)
- захист сну (5)
- підтримка ролі батьків та зв'язку з ними (7,8)
- поліпшення поінформованості батьків щодо поведінкових ознак їх немовляти та участь у догляді за дитиною (7,9,10)

Довгострокові переваги

- зменшення ускладнень пов'язаних з недоношеністю (2)
- поліпшення поінформованості батьків щодо поведінкових ознак їх немовляти та участь у догляді за дитиною (консенсус)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про зміну підгузків, догляд а шкірою, поведінкові ознаки дискомфорту дитини під час зміни підгузків та як правильно на них реагувати. (9,10) (TEG Care procedures)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Зворотній зв'язок від батьків, інформаційний листок для пацієнтів
2. Батьки мають змогу проводити зміну підгузків (очищувати шкіру, надавати постуральну підтримку, тримати дитину в контакті шкіра-до-шкіри). (9,10)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Зворотній зв'язок від батьків
Для медичних працівників		
3. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови щодо зміни підгузків	B (Висока якість)	Настанова
4. Усі залучені мед працівники пройшли навчання зі зміни підгузків, розуміння поведінки немовлят під час процедури, стратегій оптимізації комфорту, мінімізації неспокою, догляду за шкірою	B (Висока якість)	Навчальна документація
Для неонатального та педіатричного відділення		
5. Єдина настанова зі зміни підгузків є доступною та вчасно оновлюється	B (Висока якість)	Настанова
Для лікарні		
6. Забезпечено навчання зі зміни підгузків, розуміння поведінки немовлят під час процедури, стратегій оптимізації комфорту, мінімізації неспокою, догляду за шкірою	B (Висока якість)	Навчальна документація
7. Доступні одноразові вбираючі підгузки різного розміру, які підходять для немовлят різної ваги. (8,11)	A (Низька якість)	Настанова
8. Доступні спец засоби для очищення та захисту шкіри для різного віку	A (Низька якість) B (Висока якість)	Настанова
Для організаторів охорони здоров'я		
9. N/A		

powered by EFCNI

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
N/A	

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Заохочення батьків та членів родини активно брати участь у процедурах догляду
- Медичні працівники усно інформують батьків та членів родини про зміну підгузків, догляд за шкірою, поведінкові ознаки дискомфорту у немовляти під час зміни пелюшок і як слід відповідно реагувати

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг зі зміни підгузків, розуміння поведінки немовлят під час процедури, стратегій оптимізації комфорту, мінімізації неспокою, догляду за шкірою.

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову зі зміни підгузок

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах зі зміни підгузків, розуміння поведінки немовлят під час процедури, стратегій оптимізації комфорту, мінімізації неспокою, догляду за шкірою.

Для організаторів охорони здоров'я

- N/A

Джерела

1. Mörelius E, Hellström-Westas L, Carlén C, Norman E, Nelson N. Is a nappy change stressful to neonates? Early Hum Dev. 2006 Oct;82(10):669–76
2. Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. Biol Neonate. 1998;73(1):1–9.
3. Comaru T, Miura E. Postural support improves distress and pain during diaper change in preterm infants. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2009 Jul;29(7):504–7.

4. Lyngstad LT, Tandberg BS, Storm H, Ekeberg BL, Moen A. Does skin-to-skin contact reduce stress during diaper change in preterm infants? Early Hum Dev. 2014 Apr;90(4):169–72.
5. Levy J, Hassan F, Plegue MA, Sokoloff MD, Kushwaha JS, Chervin RD, et al. Impact of hands-on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit. Pediatr Pulmonol. 2017;52(1):84–90.
6. Visscher MO, Taylor T, Narendran V. Neonatal intensive care practices and the influence on skin condition. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2013 Apr;27(4):486–93.
7. 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 Dec;35(Suppl 1):S5–8.
8. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, et al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. Pediatrics. 2010 Feb;125(2):e278-285.
9. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family Support and Family Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. Semin Perinatol. 2011 Feb;35(1):20–8.
10. Patel N, Ballantyne A, Bowker G, Weightman J, Weightman S, Helping Us Grow Group (HUGG). Family Integrated Care: changing the culture in the neonatal unit. Arch Dis Child. 2018 May;103(5):415–9.
11. Ohlsson A, Jacobs SE. NIDCAP: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e881-893.

Перше видання, Листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування
EFCNI, Camba F, Oude-Reimer M et al., European Standards of Care for Newborn Health: Nappy change. 2018.

Silva E, Jørgensen E, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M, Gross D, Xenofontos X

Підтримка позиціонування та комфорт

Цільова група

немовлята, батьки та родичі

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Усі немовлята отримують догляд із забезпеченням індивідуальної підтримки та комфорту.

Обґрунтування

Дозрівання мозку, рухи плода та новонародженого, його положення сприяють формуванню суглобів та кісток. Ергономічні внутрішньоутробні умови наприкінці вагітності, тіснота, неврологічне дозрівання мозку плода сприяють формуванню згинальної симетричної пози та рухів. Симетрична позиція важлива для розвитку мозку та досягнення в майбутньому важливих кроків розвитку. (1,2) Для недоношеної дитини ці умови змінюються. Після народження гравітація сприяє розгинанню, що кидає виклик здатності немовляти до досягнення згинальної пози через м'язову слабкість. Це призводить до некоординованих рухів і зниження здатності до саморегуляції. (1,3) Тому є високий ризик виникнення м'язових та скелетних порушень, а спроби саморегуляції можуть бути стресовими та енергозатратними для дитини. Вони можуть бути зведені до мінімуму завдяки оптимальному розташуванню та підтримці комфорту, особливо під час рутинних процедур та сну. Підтримуюче покриття покращує фізіологічну стабільність, заохочує плавні рухи, оптимізує поведінкову організацію (наприклад, сон) та допомагає немовляті плавно рухатися у напрямку серединної лінії тіла, що сприятливо впливає на розвиток та економить енергію. Крім того, зменшення відкритої поверхні тіла також сприятливо впливає на терморегуляцію. (3–6)
Потреба в постуральній підтримці буде змінюватися залежно від гестаційного віку, зрілості рухів та клінічного статусу. Коли немовляти досягне достатньої зрілості м'язового тонусу та з'являться спонтанні плавні рухи для підтримки серединної пози без підтримки, додаткове позиціонування слід поступово зменшувати, а згодом зовсім від нього відмовитись. Немовлята поступово готуються спати на спині перед випискою, щоб запобігти раптовому синдрому дитячої смерті (СРДС). (7)

Переваги:

Короткострокові переваги

- поліпшення фізіологічної та поведінкової стабільності (1,3)
- підтримка рухів (1,3)
- поліпшення комфорту та саморегуляції поведінки (1,3)
- зменшення стресу для батьків (1,8,9)

Довгострокові переваги

- поліпшення скелетного розвитку та вертикалізації (10)
- поліпшення фізіологічного згинання тіла та постуральний розвиток (набуття належної пози)(10)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують, навчають та залучають батьків до індивідуального позиціонування та комфорту. (11)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів, навчальна документація
2. Медичні працівники інформують батьків про безпечне положення лежачи під час сну та про зменшення Синдрому раптової смерті немовлят (СРДС) вдома. (7) (TEG Follow-up & continuing care and TEG Infant- and family-centred developmental care)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів, клінічні записи.
Для медичних працівників		
3. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови щодо позиціонування, комфорту та профілактики СРДС	B (Висока якість)	Настанова
4. Усі залучені медичні працівники навчені як позиціонувати немовлят з використанням належних позиційних (постуральних) матеріалів та алгоритмів превенції скелетно-м'язових порушень. (7,10)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
Для неонатального відділення		
5. Єдина настанова щодо постуральних принципів, змін позиціонування та досягнення комфорту з уникненням моторних та позиційних порушень є доступною та вчасно оновлюється. (4,8)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Настанова
6. Впроваджено індивідуалізоване планування догляду в контексті позиційної підтримки та комфорту (4,8)	A (Помірна якість)	Клінічні записи
7. Перед випискою всі постуральні обмежувачі видаляються, немовлята вкладаються спати в положенні лежачи, якщо не показано інше. (7)	A (Висока якість)	Настанова

powered by EFCNI

Для лікарні		
8. Забезпечено навчання з позиціонування немовлят з використанням належних позиційних (постуральних) матеріалів та алгоритмів превенції скелетном'язових порушень	B (Висока якість)	Навчальна документація
9. Надаються адекватні матеріали в достатній кількості для позиційної, постуральної та рухової підтримки. (10)	A (Помірна якість)	Аудиторський звіт
10. Наявна спеціальна експертиза з фізіотерапії новонароджених, ерготерапії і догляду за розвитком. (11)	A (Помірна якість)	Аудиторський звіт
Для лікарні		
11. Національна настанова з превенції СРДС є доступною та регулярно оновлюється	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
Медичні працівники розробляють перехресні індивідуалізовані плани догляду для оптимального позиціонування та комфорту із залученням інших фахівців на багатопрофільних нарадах. (1,12)	A (Висока якість)
Для відділення новонароджених	
Проведення регулярних аудитів якості стратегій позиціонування та моторного розвитку	B (Помірна якість)
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
Підтримка досліджень, що стосуються впливу різних стратегій позиціонування, а також матеріалів на розвиток немовляти	B (Помірна якість)

powered by EFCNI

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують та залучають батьків до забезпечення індивідуальної позиційної підтримки та комфорту немовляти. (10,11)
- Батькам пропонують спостерігати за найкращими позиціями для свого немовляти. (1,3,11)

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з постуральних принципів, нормального рухового та скелетного розвитку новонароджених

Для неонатального відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з позиціонування, комфорту та превенції СРДС
- Створити інформаційні матеріали з позиціонування, комфорту та превенції СРДС для батьків
- Дозволяйте батькам приносити власні матеріали (наприклад, власні ковдри) для оптимальної підтримки позиції та комфорту, якщо це не суперечить настановам лікарні (11)
- Організуйте тренінги для медичних працівників без належного навчання в цій темі (див. TEG Education & training)

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах з постуральних принципів, нормального рухового та скелетного розвитку новонароджених

Для організаторів охорони здоров'я

- Створити та впровадити національну настанову з позиціонування, комфорту та превенції СРДС

Джерела

1. Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. JAMA. 1994 Sep 21;272(11):853–8.
2. Danner-Bowman K, Cardin AD. Neuroprotective Core Measure 3: Positioning & Handling — A Look at Preventing Positional Plagiocephaly. Newborn Infant Nurs Rev. 2015 Sep;15(3):111–3
3. Als H. A new era of newborn intensive care. In: The Psychological Development of Low Birthweight Children Advances in Applied Development Psychology. (Advances in Applied Development Psychology). p.341-388.
4. Bauer K. Effects of positioning and handling on preterm infants in the neonatal intensive care unit. In: Research on Early Developmental Care of Preterm Neonates. p. 39–42.
5. Ferrari F, Bertoncelli N, Gallo C, Roversi MF, Guerra MP, Ranzi A, et al. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 Sep;92(5):F386-390.

6. Liu WF, Laudert S, Perkins B, Macmillan-York E, Martin S, Graven S, et al. The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2007 Dec;27 Suppl 2:S48-74.

7. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 2011 Nov;128(5):1030–9.

8. Bauer K. Interventions involving positioning and handling in the neonatal intensive care unit: Early developmental care and skin-to-skin holding. In: Research on Early Developmental Care for Preterm Neonates. John Libbey Eurotext; 2006. p. 59–64.

9. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care: Closeness and separation. Acta Paediatr. 2012 Oct;101(10):1032–7. Sweeney JK, Gutierrez T. Musculoskeletal implications of preterm infant positioning in the NICU. J Perinat Neonatal Nurs. 2002 Jun;16(1):58–70.

10. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28

11. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD001814

Перше видання, Листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування
EFCNI, Silva E, Jørgensen E et al., European Standards of Care for Newborn Health: Positioning support and comfort. 2018.

Підтримка грудного вигодовування

Цільова група

немовлята, батьки та члени родини

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Немовлята під час перебування в лікарні годуються виключно людським молоком, а матері отримують підтримку годування груддю після виписки.

Обґрунтування

Грудне вигодовування - це природний спосіб забезпечити немовлят поживними речовинами, необхідними для здорового росту та розвитку. Практично всі матері можуть годувати грудьми, якщо вони отримують підтримку свого партнера, сім'ї, системи охорони здоров'я та суспільства в цілому.
Молозиво, перше грудне молоко, що виробляється в момент пологів, рекомендується Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як ідеальна їжа для новонароджених дітей. (1) Годувати або зціджувати грудне молоко слід починати протягом першої години після народження або якнайшвидше, принаймні протягом перших 6 годин після народження. Ексклюзивне годування груддю рекомендується до 6-місячного віку. Після перших шести місяців годування груддю рекомендується до тих пір, поки обом, мамі і дитині це подобається. Часто це залежить від культурного підґрунтя. (1,2)
Ініціатива лікарень дружніх до дитини (BFHI) - це глобальна спроба впровадити практику захисту та сприяння грудному вигодовуванню. Ініціатива була створена ВООЗ та ЮНІСЕФ у 1991 році, після Декларації 1990 року. Ініціатива - це глобальні зусилля щодо впровадження практики захисту та сприяння грудному вигодовуванню.(2) Усі лікарні мають право отримати акредитацію BFHI. (3)

Переваги:

Короткострокові переваги

- поліпшення росту та нейророзвитку (3) (див. TEG Nutrition)
- зниження ризику некротизуючого ентероколіту та пізнього сепсису (4–6)
- поліпшення зв'язку матері-немовляти (7)
- зниження неонатальної смертності та інфекцій у доношених дітей (8)

Довгострокові переваги

- зниження ризику надмірної ваги та ожиріння (9)
- зниження ризику смерті від діареї та інших інфекцій (10)
- кращі результати тестування інтелекту та відвідування вищої школи (11)
- поліпшення розвитку дитини та зниження витрат на охорону здоров'я (12)
- зниження ризик раку молочної залози після періоду грудного вигодовування (13,14)
- поліпшення впевненості та психічного здоров'я матері (консенсус)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують усіх вагітних жінок про переваги грудного вигодовування (1)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Завжди, коли це можливо, перед або одразу після пологів медичні працівники інформують та допомагають батькам годувати груддю та зціджувати молоко, як підтримувати лактацію, про важливість раннього контакту шкіра-до-шкіри та прикладання до грудей одразу після пологів	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів, клінічні записи.
Для медичних працівників		
3. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови з грудного вигодовування та зціджування, включно з переходом від не-нутритивного до нутритивного смоктання	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
4. Усі залучені медичні працівники пройшли навчання з важливості грудного вигодовування, заохочення та навчання матерів годувати грудьми та зціджуватись	B (Висока якість)	Навчальна документація
5. Усі немовлята перебувають у безпосередньому контакті шкіра-до-шкіри зі своїми матерями відразу після народження принаймні годину, де це можливо, щоб заохотити вивільнення окситоцину та встановлення початкового годування. (16,17)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
6. Новонароджені не отримують жодного іншого молока, крім людського принаймні перші 24 години після народження, за винятком медичних показань (2) (див. TEG Nutrition)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Клінічні записи, настанова

powered by EFCNI

7. Рекомендується грудне вигодовування за вимогою, якщо не показано інше. (18) (див. TEG Nutrition)	A (Помірна якість)	Клінічні записи, настанова
8. Пляшечки не потрібні для передчасно народжених немовлят, чиї матері бажають годувати грудьми, доки матір не дасть на це дозвіл. Слід обговорити альтернативні методи готування (8)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Клінічні записи, настанова
Для неонатального відділення		
9. Єдина настанова щодо грудного вигодовування та зціджування, включно з переходом від не-нутритивного до нутритивного смоктання є доступною та регулярно оновлюється (15)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
10. Наявні належні засоби для підтримки продукції материнського молока (див TEG NICU design)	B (Висока якість)	Аудиторський звіт
11. Проведено навчання працівників з важливості грудного вигодовування, заохочення та навчання матерів годувати грудьми та зціджуватись	B (Висока якість)	Навчальна документація
12. Є доступними лактаційні консультанти для підтримки грудного вигодовування серед батьків та медичних працівників (18)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Клінічні записи, настанова
Для лікарні		
13. Забезпечено навчання з важливості грудного вигодовування, заохочення та навчання матерів годувати грудьми та зціджуватись.	B (Висока якість)	Навчальна документація
14. Наявні відповідні засоби для підтримки лактації материнського молока, включаючи приватні кімнати/приміщення для годування груддю та зціджування молока. (див. TEG Nutrition, TEG NICU Design)	B (Висока якість)	Аудиторський звіт
15. Лікарня здобула акредитацію BFHI від ВООЗ. (19)	B (Висока якість)	Аудиторський звіт

Для організаторів охорони здоров'я		
16. Національна настанова з грудного вигодовування та зціджування є доступною та регулярно оновлюється	B (Висока якість)	Настанова
17. Після виписки надається підтримка щодо годування груддю. (20,21)	A (Помірна якість)	Аудиторський звіт, настанова

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
Співпрацювати з медичними працівниками щодо грудного вигодовування. (15)	A (Низька якість) B (Помірна якість)
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
Розвиток політики підтримки виключно грудного вигодовування щонайменше до 6місячного віку (22)	A (Висока якість)

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про переваги грудного вигодовування
- Батьків заохочують до контакту шкіра-до-шкіри одразу після народження дитини, якщо це можливо
- Навчання матерів розпізнавати поведінкові ознаки голоду дитини

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з важливості грудного вигодовування, заохочення та навчання матерів годувати грудьми та зціджуватись

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з грудного вигодовування і зціджування, включно з переходом від не-нутритивного до нутритивного смоктання
- Створити інформаційні матеріали про переваги грудного вигодовування
- Забезпечити належне оснащення для зціджування материнського молока

Для лікарні

- заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах з важливості грудного вигодовування, заохочення та навчання матерів годувати грудьми та зціджуватись.

powered by EFCNI

Для організаторів охорони здоров'я

- Створити та впровадити національну настанову з грудного вигодовування та зціджування
- Проводити інформаційні кампанії щодо переваг грудного вигодовування

Опис

Колесо грудного вигодовування (23)

- Контакт шкіра-до-шкіри
- Рот та ніс напроти соска
- Мама зціджує молоко для дитини
- Відчуває запах – смокче
- Присмоктування (rooting)
- Пробудження/привернення уваги для першого смоктання
- Захоплення соска – для смоктання та ковтання
- Грудне харчування – контроль ваги
- Зменшення зондового харчування
- Годуйте грудьми на вимогу
- Будьте разом вдень та вночі – годуйте грудьми часто.

Джерела

1. World Health Organization. Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009
2. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. WHO. [cited 2018 Jun 14]. Available from: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/
3. World Health Organization (WHO). Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative [Internet]. WHO. [cited 2018 Jun 14]. Available from: http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/en/
4. Fallon EM, Nehra D, Potemkin AK, Gura KM, Simpser E, Compher C, et al. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support of neonatal patients at risk for necrotizing enterocolitis. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2012 Sep;36(5):506–23.
5. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. Breastfeed Rev Prof Publ Nurs Mothers Assoc Aust. 2001 Jul;9(2):11–8
6. Cacho NT, Parker LA, Neu J. Necrotizing Enterocolitis and Human Milk Feeding: A Systematic Review. Clin Perinatol. 2017 Mar;44(1):49–67.
7. Schwarze CE, Hellhammer DH, Stroehle V, Lieb K, Mobascher A. Lack of Breastfeeding: A Potential Risk Factor in the Multifactorial Genesis of Borderline Personality Disorder and Impaired Maternal Bonding. J Personal Disord. 2015 Oct;29(5):610–26.
8. World Health Organization. Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding [Internet]. WHO. [cited 2018 Jun 14]. Available from: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/
9. Uwaezuoke SN, Eneh CI, Ndu IK. Relationship Between Exclusive Breastfeeding and Lower Risk of Childhood Obesity: A Narrative Review of Published Evidence. Clin Med Insights Pediatr. 2017;11:1179556517690196.

10. Raheem RA, Binns CW, Chih HJ. Protective effects of breastfeeding against acute respiratory tract infections and diarrhoea: Findings of a cohort study. J Paediatr Child Health. 2017 Mar;53(3):271-6.

11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2015 Dec;104(467):14–9.

12. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. 2015;3(4):e199–e205.

13. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015 Dec;104:96–113.

14. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016;387(10017):475–490.

15. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Sep 29;9:CD006170.

16. Oras P, Thernström Blomqvist Y, Hedberg Nyqvist K, Gradin M, Rubertsson C, Hellström-Westas L, et al. Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2016 Jul;105(7):783–9.

17. Cong X, Ludington-Hoe SM, Hussain N, Cusson RM, Walsh S, Vazquez V, et al. Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. Early Hum Dev. 2015 Jul;91(7):401–6.

18. Meier PP, Johnson TJ, Patel AL, Rossman B. Evidence-Based Methods That Promote Human Milk Feeding of Preterm Infants: An Expert Review. Clin Perinatol. 2017 Mar;44(1):1–22.

19. World Health Organization. Baby-friendly Hospital Initiative [Internet]. WHO. [cited 2018 Jun 14]. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/

20. Fleurant E, Schoeny M, Hoban R, Asiodu IV, Riley B, Meier PP, et al. Barriers to Human Milk Feeding at Discharge of Very-Low-Birth-Weight Infants: Maternal Goal Setting as a Key Social Factor. Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med. 2017 Feb;12:20–7.

21. Briere C-E, McGrath JM, Cong X, Brownell E, Cusson R. Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. Appl Nurs Res ANR. 2016;32:47–51.

19. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet Lond Engl. 2016 Jan 30;387(10017):491–504.

20. Husebye ES, Kleven IA, Kroken LK, Torsvik IK, Haaland OA, Markestad T. Targeted Program for Provision of Mother's Own Milk to Very Low Birth Weight Infants. PEDIATRICS. 2014 Aug 1;134(2):e489–95.

Перше видання, Листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування
EFCNI, Frauenfelder O, Oude-Reimer M et al., European Standards of Care for Newborn Health: Promotion of breastfeeding. 2018

Захист сну

Цільова група

Немовлята та батьки

Користувачі

Медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Слід оберігати сон усіх немовлят

Обґрунтування

Плоди та новонароджені проводять більшу частину часу у сні. Сон має вирішальне значення для раннього нейросенсорного та рухового розвитку. (1,2) Отже, захист сну під час догляду за новонародженими має бути метою батьків та медичних працівників. Сон - це регульований процес. Чергування сну-неспання можна спостерігати лише тоді, коли потрібні нейронні структури достатньо розвинені. Ідентифікація сну та дотримання періодів сну є принциповими у недоношених дітей, оскільки хороша організація сну немовляти пов'язана з кращими результатами розвитку. Захист сну має вирішальне значення для збереження здатності мозку змінюватись, адаптуватися та вчитися у відповідь на досвід. (1) Під час сну недоношені діти будують свій мозок.
Важливо заохочувати такі практики догляду, які зберігають сон, неінвазивне середовище (5), орієнтоване на індивідуальні потреби та поведінкові патерни немовляти, та допомагають у переході між станами сон-неспання. Догляд за методикою «мама-кенгуру» є важливою стратегією, яка збільшує тривалість сну, частку спокійного сну (6) та стабілізує цикли сну-неспання. (7–9)

Переваги:

Короткострокові переваги

- поліпшення росту (4)
- поліпшення розвитку нейронів (1,2,10)
- поліпшення поведінкової організації (1,2,10)
- покращення терморегуляції (11)

Довгострокові переваги

- поліпшення розвитку рухової та нейросенсорної систем (12)

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків щодо важливості та переваг тривалості сну у періоді новонародженості. (13,14)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Батьків навчають та підтримують у розпізнаванні сонних сигналів у їхньої дитини, допомагають забезпечити комфорт малюка. (14)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
3. Батьків заохочують та підтримують у здійсненні контакту шкіра-до-шкіри з їхньою дитиною; батьки мають знати вигоди для дитини, пов'язані зі сном (6-8, 14) (див. TEG Infant- and family-centred developmental care)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Настанова, зворотній зв'язок від батьків
4. Батьків навчають сприяти заспокоєнню дитини та використовувати стратегії підтримки сну немовляти, спокійного проводження часу між процедурами догляду, тихі періоди активності. (14)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
Для медичних працівників		
5. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови із захисту сну	B (Висока якість)	Настанова
6. Проведено навчання працівників щодо важливості сну у періоді новонародженості, циклів сну-неспання у доношених та недоношених дітей та самозаспокоювальної поведінки. (4,5,13)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
7. Забезпечено довколишні умови, що захищають цикли сну, з урахуванням індивідуальних потреб, участю сім'ї та повагою до окремих поведінкових особливостей малюків. (15,16)	A (Помірна якість) B (Помірна якість)	Настанова

powered by EFCNI

Для неонатального відділення		
8. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова із захисту сну, включно з забезпеченням постійного комофорту, тиші в довколишньому середовищі та світлового режиму	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Настанова
9. Впроваджено персоніфіковані стратегії догляду, з урахуванням контакту шкіри-до-шкіри, для захисту сну	A (Помірна якість) B (Помірна якість)	Аудиторський звіт, клінічні записи.
Для лікарні		
10. Забезпечується навчання, дотримання рекомендацій та стратегій підтримки сну, надаються освітні ресурси щодо сну та захисту сну. (15) (див. TEG NICU Design)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Настанова, навчальна документація
11. Є доступними спеціальні зручні крісла для здійснення контакту шкіра-до-шкіри. (див. TEG Infant- & family-centred developmental care, see TEG NICU Design)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт
Для організаторів охорони здоров'я		
12. Є доступною та регулярно оновлюється національна настанова із захисту сну. (17)	B (Висока якість)	Настанова

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
Забезпечити обладнання з мінімальним рівнем шуму, що сприятиме розвиткові немовлят в неонатальному відділенні шляхом захисту сну	B (Помірна якість)
Для організаторів охорони здоров'я	
Сприяти дослідженню сну для покращення якості догляду	B (Помірна якість)

powered by EFCNI

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про важливість сну
- Доглядові процедури підлаштовуються під режим сну-неспання дитини

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з важливості сну у період новонародженості та розпізнавання періодів сну-неспання у доношених та недоношених дітей
- Координація співпраці між різними спеціалістами охорони здоров'я з метою захисту сну немовляти
- Доглядові процедури підлаштовуються під режим сну-неспання дитини

Для неонатального відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з захисту сну
- Створити та впровадити єдину настанову з захисту сну
- Створити інформаційні матеріали про важливість сну для батьків
- Для оцінки співпраці протоколюйте зустрічі лікарняних спеціалістів, присвячені догляду, спрямованому на захист сну

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах з важливості сну у період новонародженості та розпізнавання періодів сну-неспання у доношених та недоношених дітей

Для організаторів охорони здоров’я

- Створити та впровадити національну настанову із захисту сну

Опис

Немовлята мають інші паттерни сну, на відміну від старших дітей.
У дітей грудного віку існують три типи сну: (3)

Активний сон (АС)

Нерегулярний сон, при якому електрична активність мозку нагадує стан неспання. Спостерігаються швидкі рухи очей під повіками, нерегулярне серцебиття і дихання. Цей тип сну складає 50% від усього сну доношених новонароджених.

Тихий сон

Тіло розслаблене, рухи очей відсутні, серцебиття та дихання регулярні, переважає парасимпатична система. М'язи розслаблені, але інколи можуть виникати рухи.

Невизначений сон

Складно ідентифікувати цей період, оскільки це не те, ні інше; характерний такий сон для недоношених дітей, у яких мозок наздоганяє свій розвиток. Під час активного сну відбувається інтенсивна, генералізована ендогенна стимуляція, АС може грати роль стимулятора мозку в період, коли періоди неспання обмежені. В основному, АС пов'язаний з розвитком сенсорних систем, потребою у формуванні довгострокових нейронних зв’язків, пов'язаних з пам’яттю та навчанням. Спокійний сон відіграє важливу роль у синаптичній реконструкції, відновленні тканин, одужанні від хвороб, а також у зростанні організму. (4)

powered by EFCNI

Джерела

1. Peirano P, Algarín C, Uauy R. Sleep-wake states and their regulatory mechanisms throughout early human development. J Pediatr. 2003 Oct;143(4 Suppl):S70-79.
2. Graven SN, Browne JV. Sleep and Brain Development: The Critical Role of Sleep in Fetal and Early Neonatal Brain Development. Newborn Infant Nurs Rev. 2008 Dec 1;8(4):173–9.
3. Mirmiran M, Maas YGH, Ariagno RL. Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. Sleep Med Rev. 2003 Aug;7(4):321–34.
4. Laudert S, Liu WF, Blackington S, Perkins B, Martin S, Macmillan-York E, et al. Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2007 Dec;27 Suppl 2:S75-93.
5. Mahmoodi N, Arbabisarjou A, Rezaeipoor M, Pishkar Mofrad Z. Nurses' Awareness of Preterm Neonates' Sleep in the NICU. Glob J Health Sci. 2015 Nov 17;8(6):226–33.
6. Bastani F, Rajai N, Farsi Z, Als H. The Effects of Kangaroo Care on the Sleep and Wake States of Preterm Infants. J Nurs Res JNR. 2017 Jun;25(3):231–9.
7. Smith KM. Sleep and kangaroo care: clinical practice in the newborn intensive care unit: where the baby sleeps.. J Perinat Neonatal Nurs. 2007 Jun;21(2):151–7.
8. Messmer PR, Rodriguez S, Adams J, Wells-Gentry J, Washburn K, Zabaleta I, et al. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. Pediatr Nurs. 1997 Aug;23(4):408–14.
9. Levy J, Hassan F, Plegue MA, Sokoloff MD, Kushwaha JS, Chervin RD, et al. Impact of hands-on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit. Pediatr Pulmonol. 2017;52(1):84–90.
10. Graven S. Sleep and brain development. Clin Perinatol. 2006 Sep;33(3):693–706, vii.
11. Chwo M-J, Anderson GC, Good M, Dowling DA, Shiau S-HH, Chu D-M. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity. J Nurs Res JNR. 2002 Jun;10(2):129–42.
12. Kreutzmann JC, Havekes R, Abel T, Meerlo P. Sleep deprivation and hippocampal vulnerability: changes in neuronal plasticity, neurogenesis and cognitive function. Neuroscience. 2015 Nov 19;309:173–90.
13. Weisman O, Magori-Cohen R, Louzoun Y, Eidelman AI, Feldman R. Sleep-wake transitions in premature neonates predict early development. Pediatrics. 2011 Oct;128(4):706–14.
14. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28.
15. White RD. Recommended standards for the newborn ICU. J Perinatol. 2007;27:S4–S19.
16. Graven SN. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. Clin Perinatol. 2004 Jun;31(2):199–216, v.
17. NCJ | 1. Introductie gezonde slaap [Internet]. [cited 2018 Jun 11]. Available from: https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=40&rlpag=1878

Перше видання, Листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування
EFCNI, López Maestro M, Camba F et al., European Standards of Care for Newborn Health: Protecting sleep. 2018.

Догляд за шкірою госпіталізованих дітей

Silva E, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M, Jørgensen E

Цільова група

Немовлята та батьки

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Шкіра захищена, травми зводяться до мінімуму, здійснюється профілактика інфекцій та забезпечується комфорт під час догляду за шкірою та інших рутинних процедур, з урахуванням індивідуальних потреб немовляти.

Обґрунтування

Незріла шкіра недоношеного немовляти, особливо шкіра хворого немовляти, призводить до порушення бар'єрної функції. Втручання у розвиток рогового шару і пов'язаної з ним бар'єрної функції може бути фактором ризику виникнення нозокоміальних інфекцій. (1) Багато рутинних дій у новонароджених можуть впливати на нормальну бар'єрну функцію та pH шкіри: місцевий вплив подразників, що містять антисептики та миючі засоби, застосування засобів та пристроїв, таких як перев'язувальні матеріали, датчики моніторів, зонди та маски, власне процедура заміни пов'язок та фіксуючих пластирів/стрічок. (2–4)
Недоношені діти мають незрілу шкіру з тоншим епідермісом, незрілим роговим шаром і більш проникною шкірою. Вони мають більший ризик зараження, зневоднення, дисбалансу електролітів, теплової нестабільності та травм шкіри. Це найбільш проблематично для немовлят, народжених до 32 тижня гестації. Шкіра недоношеної дитини дозріває від двох до дев'яти тижнів післяпологового періоду. Застосування шкірних плівкових бар'єрів, адекватних антисептиків та миючих засобів та адекватне зволоження може захистити цілісність шкіри та сприяти розвитку рогового шару. (1,4,5)

Переваги:

Короткострокові переваги

- захист шкірного бар'єру (1)
- зниження ризику пошкодження шкіри (разом з цим, знижений ризик втрат води та тепла) (1)
- зниження ризику розвитку інфекцій (1)
- покращення комфорту, зниження фізіологічної нестабільності та стресових реакцій (6)
- якщо батьки доглядають за шкірою - покращення зв'язку батьків-немовлят (7-9) (див. TEG Infant- & family-centred developmental care)
- зменшення стресу для батьків (7,9,10)

Довгострокові переваги

- знижений ймовірності майбутньої сенсибілізації шкіри до миючих засобів (1-3,5)
- поліпшення розвитку шкірного бар'єру (1)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про догляд за шкірою (1-3,5,6,10)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Батьків залучають до догляду за шкірою їхнього малюка (9,10) (Див. TEG Infant- & family-centred developmental care)	A (Помірна якість)	Зворотній зв'язок від батьків
3. Батьки присутні під час купання дитини (9-11)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Зворотній зв'язок від батьків
Для медичних працівників		
4. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови з догляду за шкірою	B (Висока якість)	Настанова
5. Проведено навчання працівників щодо функцій шкіри, здійснення догляду та захисту шкіри, а також з користування інструментом оцінки ризиків для шкіри (12-14)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
6. Є доступним для щоденного використання Інструмент оцінки ризиків для шкіри (13,15)	A (Висока якість)	Настанова, аудиторський звіт
Для неонатального відділення		
7. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова зі стратегій догляду за шкірою та продуктів догляду	A (Помірна якість) B (Помірна якість)	Настанова
Для лікарні		
8. Забезпечується навчання щодо функцій шкіри, здійснення догляду та захисту шкіри, а також з користування інструментом оцінки ризиків для шкіри.	B (Висока якість)	Навчальна документація
9. Засоби для належного догляду за шкірою є наявними в достатній кількості. (4,5,16)	B (Висока якість)	Настанова

Для організаторів охорони здоров'я		
10. Є доступною та регулярно оновлюється національна настанова догляду за шкірою	B (Висока якість)	Настанова

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
- Порівняти з міжнародними настановами та переглянути єдині протоколи загального догляду за шкірою. (14)	A (Низька якість)
- Моніторити кількість уражень шкіри	A (Низька якість)
Для лікарні	
Сприяти очищенню шкіри, дбати про наявність засобів захисту, перев'язувальних матеріалів та девайсів для чутливої шкіри. (4,5,16)	A (Помірна якість) B (Висока якість)
Для організаторів охорони здоров'я	
N/A	

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про догляд за шкірою

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг щодо функцій шкіри, здійснення догляду та захисту шкіри, а також з користування інструментом оцінки ризиків для шкіри

Для неонатального відділення

- Створити та впровадити єдину настанову зі стратегій догляду за шкірою та продуктів догляду
- Створити інформаційні матеріали про догляд за шкірою для батьків

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах щодо функцій шкіри, здійснення догляду та захисту шкіри, а також з користування інструментом оцінки ризиків для шкіри

Для організаторів охорони здоров'я

- Створити та впровадити національну настанову з догляду за шкірою

powered by EFCNI

Опис

У чутливих і тендітних новонароджених немовлят підтримка чистоти шкіри може вимагати значних зусиль, призводити до фізіологічної нестабільності, дискомфорту та пошкодження шкіри. При очищенні або купанні недоношеного немовляти потрібно враховувати незрілість і тендітність шкіри та чутливість немовляти. (17) Не слід видаляти внутрішньоутробний захист шкіри, сироподібне мастило, за винятком випадків, коли є видима кров чи інше забруднення, оскільки це природний бар'єр для зневоднення, терморегуляції та вродженого імунітету. (18) У дуже незрілих недоношених дітей купання слід відкласти протягом перших 3-5 днів, та й потім здійснювати його нечасто, у зв'язку з тим, що це може негативно впливати на дозрівання кислотної мантії шкіри, викликаючи подразнення і сухість, а також дратівливість і стресові реакції дитини. (11) Видалення датчиків моніторингу та клінічних приладів (наприклад, сечоприймачів, катетерів), пов'язок і пластирів може порушити поверхню шкіри. Слід розглянути використання бар'єрних плівок та окремої стратегії зняття фіксованих до шкіри засобів. (4) Засоби для видалення клею мають дуже сильний запах, який може порушити розвиток нюху немовлят (16) У спостереженні та моніторингу стану шкіри вкрай важливим є підвищення обізнаності медичних працівників та батьків, це дозволить поліпшити якість догляду. Шкіра відіграє важливу роль у розвитку людини. Чим раніше відбудеться тісний контакт між батьками та дитиною, тим краще для їхніх майбутніх стосунків, емоційного та соціального розвитку. (2)

Основні рекомендації з догляду за шкірою (14):

1. Залиште сироподібне мастило вбиратися в шкіру - не витирайте його.
2. Купання недоношених/хворих немовлят слід здійснювати у фізіологічно стабільному стані.
3. За необхідності, можна купати «хорошого» новонародженого, якщо його температура була в межах прийнятного діапазону протягом 2-4 годин після народження, та бажано відкласти першу ванну до другого або третього дня життя, щоб допомогти в дозріванні шкіри.
4. Температура води для ванни підтримується на рівні 37 °C. Використовуйте спеціальний термометр.
5. Уникайте косметичних засобів та інших засобів для очищення, доки немовля не досягне принаймні одномісячного віку. Використовуйте просту воду для очищення шкіри немовля.
6. Купайте новонародженого не частіше 2-3 рази на тиждень - між ними здійснюйте вмивання та підмивання.
7. Використовуйте найякісніший підгузок серед доступних - часто змінюйте забруднені підгузки, а для очищення шкіри використовуйте просту воду або дитячі серветки без аромату та спирту.
8. Оголюйте зону підгузків якомога частіше і подумайте про використання тонкого шару бар'єрної мазі в цій ділянці для захисту рогового шару - переконайтесь, що мазі не містять консервантів, антисептиків, ароматизаторів та барвників.
9. Уникайте використання мазей / лосьйонів для поліпшення зовнішнього вигляду шкіри новонародженого.
10. Утримуйте пуповинний залишок чистим та сухим, якомога частіше залишайте його на повітрі.

Джерела

1. Telofski LS, Morello AP, Mack Correa MC, Stamatas GN. The infant skin barrier: can we preserve, protect, and enhance the barrier? Dermatol Res Pract. 2012;2012:198789.
2. Gfatter R, Hackl P, Braun F. Effects of soap and detergents on skin surface pH, stratum corneum hydration and fat content in infants. Dermatology. 1997;195(3):258–62.
3. Barrier properties of the newborn infant's skin. J Pediatr. 1983 Mar 1;102(3):419–25.
4. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. Orthop Nurs. 2013 Oct;32(5):267–81.
5. Kuller JM. Infant Skin Care Products: What Are the Issues? Adv Neonatal Care. 2016 Oct;16:S3– 12.
6. Oranges T, Dini V, Romanelli M. Skin Physiology of the Neonate and Infant: Clinical Implications. Adv Wound Care. 2015 Oct 1;4(10):587–95.
7. Bauer K. Interventions involving positioning and handling in the neonatal intensive care unit: Early developmental care and skin-to-skin holding. In: Research on Early Developmental Care for Preterm Neonates. John Libbey Eurotext; 2006. p. 59–64.
8. Montagu A. Touching: The Human Significance of the Skin. HarperCollins; 1986. 516 p. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care: Closeness and separation. Acta Paediatr. 2012 Oct;101(10):1032–7.
9. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28.
10. Peters K. Bathing premature infants: physiological and behavioral consequences. Am J Crit Care. 1998;7(2):90–100.
11. Lund CH, Osborne JW, Kuller J, Lane AT, Lott JW, Raines DA. Neonatal skin care: clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses and the National Association of Neonatal Nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. 2001 Feb;30(1):41–51.
12. Visscher M. A Practical Method for Rapid Measurement of Skin Condition. Newborn Infant Nurs Rev. 2014 Dec 1;14(4):147–52.
13. Jackson A. Time to review newborn skincare. Infant. 2008;4(5):168–71.
14. Grosvenor J, Hara MO, Dowling M. Skin injury prevention in an Irish neonatal unit: An action research study. J Neonatal Nurs. 2016 Aug 1;22(4):185–95.
15. Kuhn P, Astruc D, Messer J, Marlier L. Exploring the olfactory environment of premature newborns: a French survey of health care and cleaning products used in neonatal units. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2011 Mar;100(3):334–9.
16. Maguire DP. Skin protection and breakdown in the ELBW infant. A national survey. Clin Nurs Res. 1999 Aug;8(3):222–34.
17. Singh G, Archana G. Unraveling the mystery of vernix caseosa. Indian J Dermatol. 2008;53(2):54–60.

Перше видання, Листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний переглад: 2023
Рекомендоване цитування
EFCNI, Silva E, Oude-Reimer M et al., European Standards of Care for Newborn Health: Skin care. 2018.

Підтримка під час болісних процедур та оцінка болю:

Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Binter J, Camba F, Ceccatelli M, Hankes- Drielsma I, Jørgensen E, Silva E

Цільова група

Немовлята та батьки

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Усі немовлята у неонатальних та педіатричних відділеннях отримують оптимальний комфорт та підтримку батьків, щоб мінімізувати стрес і біль.

Обґрунтування

Забезпечення оптимального комфорту, розпізнавання та лікування болю є основними навичками, що лежать в основі всієї медичної допомоги. Хоча цього не уникнути, але під час догляду немовлята зазнають великої кількості болісних і стресових процедур. (1,2) Немовлята залежать від інших, тож важливо розпізнати, оцінити та усунути біль і дискомфорт. (3–9) Ситуація з недоношеними дітьми є більш складною, ніж ситуація з доношеною дитиною, оскільки вони часто потребують інтенсивної терапії або посиленого догляду протягом багатьох тижнів, а незрілість їхнього нервово-рухового розвитку може мінімізувати зовнішні прояви страждань. У порівнянні зі старшими дітьми та дорослими, немовлята менш здатні передавати свій біль і дискомфорт, тому мають більший ризик неадекватного знеболення. Хоча усвідомлення симптомів болю та стресу зростає, вони все ще часто недооцінюються. Біль і стрес можуть бути зведені до мінімуму шляхом регулярного експертного спостереження, поваги до поведінкових натяків немовляти на біль та дискомфорт, уваги до позиціонування, найближчого оточення та термінів втручання, а також сумлінного використання стратегій полегшення болю, як немедикаментозними методами (5) (наприклад, підтягування, обгортання, надання індивідуальної підтримуючої допомоги та використання пустушок) так і анальгетиками. Для деяких не термінових процедур ви можете покладатися на батьків немовляти та застосувати з ними немедикаментозні прийоми полегшення болю, планувати час втручання. (11)

Переваги:

Короткострокові переваги

- поліпшення сну (12)
- поліпшення перетравлення їжі (13)
- кращий набір маси (13)
- стабілізація рівня кортизолу (13)
- поліпшення фізілогічної стабільності (14)
- зменшення стресу для батьків (7,9,10)

Довгострокові переваги

- покращення структури та розвитку мозку (6)
- поліпшення поведінки (6,12)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про стратегії оптимізації комфорту, мінімізації больових подразників та керування неминучим болем під час догляду	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Медичні працівники інформують батьків та надають їм можливість бути присутніми та асистувати під час процедур, коли це можливо. (10)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт, інформаційний листок для пацієнтів
3. Медичні працівники навчають батьків розпізнавати сигнали болю та дискомфорту їхньої дитини та підтримувати її комфорт. (15)	B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів, навчальна документація
Для медичних працівників		
4. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови щодо важливості належних медикаментозних та немедикаментозних знеболювальних стратегій протягом доглядових та медичних маніпуляцій.	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів, навчальна документація
5. Проведено навчання працівників з розпізнавання болю та страждання у доношених та недоношених немовлят. (3)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт, навчальна документація
6. Проведено навчання працівників з уникнення будь-яких не обов'язкових болісних та дискомфортних процедур.	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
7. Біль і стрес оцінюються за допомогою перевірених інструментів. (6,9)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інструменти оцінки болю
8. Усі немовлята отримують належне медикаментозне та немедикаментозне полегшення болю. (3, 15-21)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт, настанова

Для неонатального відділення		
9. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова з підтримки комфорту, уникнення необов'язкового болю та дискомфорту, використання медикаментозного та немедикаментозного полегшення болю (4,6,9)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
10. Кожне відділення визнає і використовує індивідуальний, орієнтований на розвиток, підхід у зменшенні відчуттів болю та дискомфорту під час перебування немовлят у лікарні (22)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт
Для лікарні		
11. Забезпечується навчання з розпізнавання болю та страждання у доношених та недоношених немовлят, уникнення будь-яких не обов'язкових болісних та дискомфортних процедур	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
Для організаторів охорони здоров'я		
12. N/A		

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
Батькам пропонується психологічна підтримка щоб впоратися зі стресовим переживанням болю у немовляти.	A (Помірна якість)
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
- Промоція стратегій ліцензування нових медикаментозних препаратів для полегшення болю у новонароджених. (14,25) - Промоція досліджень нових підходів до медикаментозної та немедикаментозної підтримки під час болісних процедур у новонароджених	A (Помірна якість) B (Висока якість)

powered by EFCNI

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про стратегії оптимізації комфорту, мінімізації больових подразників та керування неминучим болем під час догляду
- Планові процедури усно обговорюються з батьками

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з розпізнавання болю та страждання у доношених та недоношених немовлят, уникнення необов'язкових болісних та дискомфортних процедур

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з оцінки та лікування болю
- Створити інформаційні матеріали про стратегії оптимізації комфорту, мінімізації больових подразників та керування неминучим болем під час догляду для батьків
- Використовувати валідований інструмент оцінки болю та блок-схему

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах з керування болем.

Для організаторів охорони здоров'я

- N/A

Джерела

1. Roofthooft DWE, Simons SHP, Anand KJS, Tibboel D, van Dijk M. Eight years later, are we still hurting newborn infants? Neonatology. 2014;105(3):218–26.
2. Simons SHP, van Dijk M, Anand KS, Roofthooft D, van Lingen RA, Tibboel D. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003 Nov;157(11):1058–64.
3. Pillai Riddell RR, Racine NM, Gennis HG, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, et al. Non- pharmacological management of infant and young child procedural pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 2;(12):CD006275.
4. Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J, Dionne K, Lee G, Johnston C, et al. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. Clin J Pain. 2014 Mar;30(3):238–43.
5. Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2016 Jul 27]. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008435.pub2
6. Gibbins S, Stevens BJ, Yamada J, Dionne K, Campbell-Yeo M, Lee G, et al. Validation of the Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R). Early Hum Dev. 2014 Apr;90(4):189–93.
7. Holsti L, Grunau RE, Oberlander TF, Osiovich H. Is it painful or not? Discriminant validity of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) scale. Clin J Pain. 2008 Jan;24(1):83–8.
8. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newnham C, Tjoeng TH, et al. Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. Ann Neurol. 2011 Oct;70(4):541–9.

9. van Dijk M, Roofthooft DWE, Anand KJS, Guldemond F, de Graaf J, Simons S, et al. Taking up the challenge of measuring prolonged pain in (premature) neonates: the COMFORTneo scale seems promising. Clin J Pain. 2009 Sep;25(7):607–16.

10. van Ganzewinkel C, Anand KJS, Kramer BW, Andriessen P. Chronic pain in the newborn: toward a definition. Clin J Pain. 2014 Nov;30(11):970–7.

11. Skene C, Franck L, Curtis P, Gerrish K. Parental involvement in neonatal comfort care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. 2012 Dec;41(6):786–97.

12. Vinall J, Miller SP, Bjornson BH, Fitzpatrick KPV, Poskitt KJ, Brant R, et al. Invasive Procedures in Preterm Children: Brain and Cognitive Development at School Age. PEDIATRICS. 2014 Mar 1;133(3):412–21.

13. Stevens B, Gibbins S, Franck LS. Treatment of pain in the neonatal intensive care unit. Pediatr Clin North Am. 2000 Jun;47(3):633–50.

14. Neubert A, Lukas K, Leis T, Dormann H, Brune K, Rascher W. Drug utilisation on a preterm and neonatal intensive care unit in Germany: a prospective, cohort-based analysis. Eur J Clin Pharmacol. 2010 Jan;66(1):87–95.

15. Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pieragostini L, Ancora G, Pirelli A, et al. Guidelines for procedural pain in the newborn. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2009 Jun;98(6):932–9.

16. Harrison D, Loughnan P, Manias E, Gordon I, Johnston L. Repeated doses of sucrose in infants continue to reduce procedural pain during prolonged hospitalizations. Nurs Res. 2009 Dec;58(6):427–34.

17. Bellieni CV, Tei M, Buonocore G. Should we assess pain in newborn infants using a scoring system or just a detection method? Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2015 Mar;104(3):221–4.

18. Kleberg A, Warren I, Norman E, Morelius E, Berg A-C, Mat-Ali E, et al. Lower Stress Responses After Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program Care During Eye Screening Examinations for Retinopathy of Prematurity: A Randomized Study. PEDIATRICS. 2008 May 1;121(5):e1267–78.

19. Harrison DM. Oral sucrose for pain management in infants: Myths and misconceptions. J Neonatal Nurs. 2008 Apr 1;14(2):39–46.

20. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, Haliburton S, Shorkey A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Neonatal Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 Jul 15 [cited 2018 May 8];
Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001069.pub5

21. Menon G, Anand KJ, McIntosh N. Practical approach to analgesia and sedation in the neonatal intensive care unit. Semin Perinatol. 1998 Oct;22(5):417–24.

22. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, et al. Early experience alters brain function and structure. Pediatrics. 2004 Apr;113(4):846–57.

23. Simons LE, Goubert L, Vervoort T, Borsook D. Circles of engagement: Childhood pain and parent brain. Neurosci Biobehav Rev. 2016;68:537–46.

24. Pomicino L, Maccacari E, Buchini S. Levels of anxiety in parents in the 24 hr before and after their child's surgery: A descriptive study. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1–2):278–87.

25. Carbajal R, Eriksson M, Courtois E, Boyle E, Avila-Alvarez A, Andersen RD, et al. Sedation and analgesia practices in neonatal intensive care units (EUROPAIN): results from a prospective cohort study. Lancet Respir Med. 2015 Oct;3(10):796–812.

Рекомендоване цитування:
EFCNI, Oude-Reimer M, Frauenfelder O et al., European Standards of Care for Newborn Health: Support during painful procedures and pain assessment. 2018.

Підтримка під час гігієнічних процедур

Hankes Drielsma I, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F,
Ceccatelli M, Kalbér A, Kühn T, Silva E

Цільова група

немовлята, батьки, члени родини

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Усім немовлятам проводять належні заходи повсякденної життєдіяльності (ЗПЖ), починаючи з очищення і до методів підтримки саморегуляції, лише коли немовля стабільне, не спить та здатне взаємодіяти.

Обґрунтування

Заходи повсякденної життєдіяльності (ЗПЖ) це завдання, які повинна виконувати кожна людина для особистого догляду, наприклад, їжа, купання, одягання, туалет та репозиціювання. Усі немовлята залежать від інших осіб (батьків) для цих щоденних занять, до них вони відчувають довіру, емпатію та зв'язок. (1,2)
Усі доглядачі повинні знати, що шкіра немовлят особливо чутлива (3) і очищення може негативно вплинути на цілісність шкіри (4,5); тому слід уникати раннього та частого миття та купання. Крім того, ці процедури можуть призвести до дистресу, термічної та фізіологічної нестабільності. (6–8)
Вибір відповідного ЗПЖ включає найменш подразливий спосіб очищення, який мінімально порушує сон немовляти. (7,9,10) Існують різні способи миття: очищення окремих частин тіла, очищення губкою, купання із зануренням. Не слід проводити очищення немовляти за певним графіком, варто завжди підходити до питання індивідуально, зважаючи на поведінку та потреби дитини. (3,4,6,9,11–13)
Біо-поведінкові підказки немовляти повинні бути провідним фактором для вибору доречного способу очищення.

Переваги:

Короткострокові переваги

- належне забезпечення заходів повсякденної життєдіяльності (ЗПЖ) у немовлят (6,9,10),
- зниження ризику розвитку інфекцій(4,5,14) (див. TEG Care procedures)
- мінімізація енерговитрат (1,2,7–10,12)
- поліпшення саморегуляції немовляти та купання є приємним досвідом (9–13,15)
- підтримка батьківських ролей з поліпшенням їх впевненості та компетентності у здійсненні ЗПЖ (2,6,13,15,16) своєї дитини.

Довгострокові переваги

- кращий набір маси та розвиток дитини (1,2,10,14,15)
- зміцнення зв'язку батьків та дитини (2,9,13,15,16)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про гігієну та купання дитини. (6,13,16) (див. TEG Patient safety & hygiene practice)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Батьків залучають до інтерпретації поведінкових натяків дитини (1,2,13,15,16)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Клінічні записи, зворотній з'язок від батьків, інформаційний листок для пацієнтів
3. Батьки отримують підтримку медичних працівників, щоб почуватись впевнено у здійсненні купання. (6,10,13,15,16)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова, інформаційний листок для пацієнтів
4. Батьки мають змогу повправлятися у купанні за допомогою ляльки під час групових занять для батьків	B (Помірна якість)	Навчальна документація
Для медичних працівників		
5. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови з індивідуального підходу до гігієнічних та купальних процедур (6,9,10,13)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
6. Проведено навчання працівників з гігієнічних та купальних процедур (3)	B (Висока якість)	Навчальна документація
7. Усі медичні працівники сприймають купання як важливу батьківську навичку, тож процедура завжди виконується батьками чи, принаймні, за їх участі. (2,10,13,16)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
Для неонатального відділення		
8. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова щодо індивідуального підходу до гігієнічних та купальних процедур. (6,13,16,17)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
9. Здійснюється неперервне навчання з купання та розпізнавання поведінкових натяків дитини. (6,13)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація

powered by EFCNI

Для лікарні		
10. Забезпечується навчання з гігієнічних та купальних процедур	B (Висока якість)	Навчальна документація
11. Забезпечено спеціальні тихі місця, де батьки можуть купати своїх дітей (див. TEG NICU design)	B (Помірна якість)	Настанова
Для лікарні		
N/A		

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
N/A	

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про гігієну та купання дитини
- Гігієна дитини здійснюється батьками, або за їх безпосередньої участі

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з гігієни та купальних процедур

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з гігієни та купальних процедур
- Створити інформаційні матеріали про гігієну та купальні процедури для батьків

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах з гігієни та купальних процедур

Для організаторів охорони здоров'я

- N/A

Опис

Coughlin (9) поянює, що відповідно до віку заходи повсякденної життєдіяльності (ЗПЖ) у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених включають постуральну підтримку, годування та догляд за шкірою. Вона підкреслює важливість для медичних працівників партнерських відносин з батьками в здійсненні ЗПЖ. Це партнерство не тільки підсилює батьківську впевненість і компетентність, але й підтверджує батьківську роль у задоволенні основних вікових потреб свого немовляти. (18)

Усі немовлята, особливо хворі та недоношені, зазнають впливу багатьох стресових ситуацій під час догляду та медичних процедур, необхідних для вдоволення фізіологічних потреб, які часто є болісними (3,5,9,18) Крім того, немовлята у ВІТН зазанають таких стресорів як перерваний сон, надмірний рівень шуму та освітленості, щоденні маніпуляції, до того ж у незнайомих позаутробних умовах без захисту матері. (6)

Обираючи відповідний спосіб купання для окремої дитини, важливо не тільки враховувати вік немовляти, але й більше орієнтуватися на підказки немовляти через різні підсистеми. Згідно Синактивної теорії розвитку до них належать вегетативна/автономна цілісність, рухова активність немовляти, здатність до уваги та саморегуляція. (1,2) Купання слід відкладати до тих пір, доки немовля не проявить компетенції в п'яти підсистемах.

Не слід мити немовлят одразу після народження. Огляд шкіри голови показаний, якщо під час пологів новонародженому здійснювали інвазивний моніторинг для виявлення пошкодження шкіри та попередження інфекцій. Якщо волосся новонародженого забруднене кров’ю або зеленою навколоплідною рідиною, можна обережно вимити волосся і тіло. Немає інших причин купати у ванні доношене немовля одразу після народження.

Щоб уникнути ускладнень, ніколи не варто купати або повністю обтирати губкою дуже недоношених дітей у ВІТН, які виявляють ознаки нестабільності. (11) Місця, де шкіра може бути подразненою і потребувати очищення, - це обличчя (очі), за вухами, на шиї, під пахвами, між пальцями рук та ніг. Ці частини можна промити теплою стерильною водою або грудним молоком. (див. TEG Care procedures)

Очищення слід проводити обережно, реагуючи на підказки новонародженого немовляти та дозволяючи батькам підтримувати свого малюка. Для процедур, пов’язаних зі стресом, рекомендується "людина з чотирма руками": два доглядачі, в ідеалі один з яких медичний працівник та один з батьків, проводять очищення: один здійснює процедуру, інший підтримує немовля, щоб воно залишалось стабільним та спокійним у потенційно стресовій ситуації.

Після переведення немовляти в палату, або навіть у ВІТН при появі компетентності у 5 підсистемах, немовля вважається готовим пережити купання між перевдяганнями. (6,7,11,13) Купання в сповитому вигляді допомагає немовлятам відчувати себе в безпеці та надає підтримку для саморегуляції.

powered by EFCNI

Таким чином вони можуть бути активним учасником процесу. Кожен медичний працівник повинен сприймати купання як соціальну подію, яка сприяє самопочуттю немовляти та залучає батьків.

Участь батьків допомагає їм набути почуття впевненості та власної компетенції. Під час цього процесу медичні працівники можуть підтримувати батьків, допомагаючи їм повільно рухатися, спостерігати, інтерпретувати та реагувати на підказки свого немовляти. Заспокійливий досвід купання - ідеальна ситуація для залучення батьків та їх дитини до взаємодії, спілкування один з одним.
Це підвищить впевненість у собі і стійкість батьків та є ідеальним інструментом для встановлення надійного зв'язку батьків та дитини.

Джерела

1. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. Infant Ment Health J. 1982 Dec;3(4):229–43.
2. Als H. A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Phys Occup Ther Pediatr. 1986 Jan 1;6(3–4):3–53.
3. Montagu A. Touching: The Human Significance of the Skin. HarperCollins; 1986. 516 p.
4. Lund CH, Osborne JW, Kuller J, Lane AT, Lott JW, Raines DA. Neonatal skin care: clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses and the National Association of Neonatal Nurses. J ObstetGynecol Neonatal Nurs JOGNN. 2001 Feb;30(1):41–51.
5. Maguire DP. Skin protection and breakdown in the ELBW infant. A national survey. Clin Nurs Res. 1999 Aug;8(3):222–34.
6. Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. J Adv Nurs. 2009 Oct;65(10):2239–48.
7. Edraki M, Paran M, Montaseri S, Razavi Nejad M, Montaseri Z. Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: a randomized clinical trial. J Caring Sci. 2014 Jun;3(2):83–91.
8. Peters K. Bathing premature infants: physiological and behavioral consequences. Am J Crit Care. 1998;7(2):90–100.
9. Coughlin M. Transformative Nursing in the NICU [Internet]. Springer Publishing. [cited 2018 Jun 20]. Available from: http://www.springerpub.com/transformative-nursing-in-the-nicu.html/
10. Liaw J-J, Yang L, Chou H-L, Yang M-H, Chao S-C. Relationships between nurse care-giving behaviours and preterm infant responses during bathing: a preliminary study. J Clin Nurs. 2010 Jan;19(1–2):89–99.
11. Liaw J-J, Yang L, Yuh Y-S, Yin T. Effects of tub bathing procedures on preterm infants' behavior. J Nurs Res JNR. 2006 Dec;14(4):297–305.
12. Milette I, Martel M-J, da Silva MR, Coughlin McNeil M. Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the NICU. Part B: Recommendations and Justification. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm. 2017 Jun;49(2):63–74.
13. Macho P. Individualized Developmental Care in the NICU: A Concept Analysis. Adv Neonatal Care. 2017 Jun;17(3):162–74.

14. Montirosso R, Tronick E, Borgatti R. Promoting Neuroprotective Care in Neonatal Intensive Care Units and Preterm Infant Development: Insights From the Neonatal Adequate Care for Quality of Life Study. Child Dev Perspect. 2017 Mar;11(1):9–15.

15. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2013 Apr;13(2):115–26.

16. Quraishy K, Bowles SM, Moore J. A Protocol for Swaddled Bathing in the Neonatal Intensive Care Unit. Newborn Infant Nurs Rev. 2013 Mar 1;13(1):48–50.

17. Castiello U, Becchio C, Zoia S, Nelini C, Sartori L, Blason L, et al. Wired to be social: the ontogeny of human interaction. PloS One. 2010 Oct 7;5(10):e13199.

Перше видання, листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування:
EFCNI, Hankes Drielsma I, Oude-Reimer M et al.,
European Standards of Care for Newborn Health:
Supporting the infant during hygiene procedures. 2018.

Забір крові для аналізу

Binter J, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M,
Hankes-Drielsma I, Jørgensen E, Silva E

Цільова група

Немовлята та батьки

Користувачі

Медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Щоб мінімізувати стрес та біль, процес забору крові для лабораторних досліджень здійснюється з використанням оптимально комфортних стратегій та індивідуальних прийомів підтримки дитини.

Обґрунтування

Забір крові необхідний для контролю за неонатальною допомогою. Процедура забору зразків несе певні ризики (гематома, інфекція, ураження нервової системи та біль). (1) Забір крові повинен здійснюватися виключно досвідченими та спеціально навченими медичними працівниками. Питання необхідності та кратності забору крові має вирішуватись індивідуально. Вибір методу забору (венозна, артеріальна або п'яткова пункція) залежить від типу необхідного дослідження. Забір із вени є оптимальним методом, оскільки це викликає менше болю, ніж прокол п'яти. (2–4) Як і у всіх інвазивних процедурах, необхідні як відповідні заходи щодо комфорту немовляти, так і ефективна терапія знеболення. Також обов'язковим є дотримання гігієнічних норм. Не існує чітких директив, вказівок чи рекомендацій, які регулюють, який дезінфікуючий засіб для шкіри слід вибирати для недоношених та доношених дітей. (див. TEG Patient safety & hygiene practice)

Переваги:

Короткострокові переваги

- зменшення рівня ускладнень (2,3)
- зменшення кількості болісних втручань (2,3,5)
- поліпшення сну (6)

Довгострокові переваги

- стабілізація рівню кортизолу (7)
- поліпшення структури та розвитку мозку (8,9)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про необхідність забору крові та алгоритм процедури, які стратегії використовуються в клініці, які ознаки стресу та болю у дитини та як правильно на них реагувати (див. TEG Care procedures)	B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Батьків запрошують бути присутніми під час забору крові та надавати дитині підтримку (наприклад, контакт шкіра-до-шкіри) (10-12)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Зворотній з'язок від батьків
3. Батьків інформують про немедикаментозні стратегії полегшення болю (годування грудьми, пустушка) (10-15)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
Для медичних працівників		
4. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови із забору зразків крові	B (Висока якість)	Настанова
5. Проведено навчання працівників здійсненню забору венозної та капілярної крові, розпізнаванню поведінкових ознак стресу та болю у немовлят (див. TEG Care procedures)	B (Висока якість)	Навчальна документація
6. У якості застережного заходу використовуються немедикаментозні стратегії полегшення болю, включно з контактом шкіра-до-шкіри та годуванням грудьми (10,12)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
Для неонатального відділення		
7. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова із забору зразків крові	B (Висока якість)	Настанова

powered by EFCNI

Для лікарні		
8. Проведено навчання працівників забору венозної та капілярної крові, розпізнаванню поведінкових ознак стресу та болю у немовлят (6,13)	B (Висока якість)	Навчальна документація
9. Доступне належне обладнання для забору крові (наприклад, різні голки відповідно розмірам дитини)	B (Висока якість)	Аудиторський звіт
Для лікарні		
N/A		

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
Забір крові супроводжується контактом шкіра-до-шкіри у всіх немовлят	A (Висока якість)
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
Підтримувати та здійснювати промоцію проектів які розвивають неінвазивні техніки забору зразків крові. (10,12,15-17)	A (Висока якість)

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про необхідність забору крові та алгоритм процедури, які стратегії використовуються в клініці, які ознаки стресу та болю у дитини та як правильно на них реагувати
- Батьків запрошують бути присутніми під час забору крові у дитини

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг із забору венозної та капілярної крові, розпізнавання поведінкових ознак стресу та болю у немовлят

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову із забору зразків крові
- Створити інформаційні матеріали для батьків про необхідність забору крові та алгоритм процедури, які стратегії використовуються в клініці, які ознаки стресу та болю у дитини та як правильно на них реагувати

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах із забору венозної та капілярної крові, розпізнавання поведінкових ознак стресу та болю у немовлят

Для організаторів охорони здоров'я

- N/A

Джерела

1. Buowari OY. Complications of venepuncture. Adv Biosci Biotechnol. 2013;04(01):126–8.
2. Dhingra N, Safe Injection Global Network, World Health Organization. WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy [Internet]. 2010 [cited 2018 May 23]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138650/
3. Ogawa S, Ogihara T, Fujiwara E, Ito K, Nakano M, Nakayama S, et al. Venepuncture is preferable to heel lance for blood sampling in term neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005 Sep;90(5):F432-436.
4. Shah V, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD001452.
5. Vinall J, Grunau RE. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. Pediatr Res. 2014 May;75(5):584–7.
6. Graven S. Sleep and brain development. Clin Perinatol. 2006 Sep;33(3):693–706, vii. Brummelte S, Chau CMY, Cepeda IL, Degenhardt A, Weinberg J, Synnes AR, et al. Cortisol levels in former preterm children at school age are predicted by neonatal procedural pain-related stress. Psychoneuroendocrinology. 2015 Jan;51:151–63.
7. Smith VC, Dukhovny D, Zupancic JAF, Gates HB, Pursley DM. Neonatal intensive care unit discharge preparedness: primary care implications. Clin Pediatr (Phila). 2012 May;51(5):454–61.
8. Donia AE-S, Tolba OA. Effect of early procedural pain experience on subsequent pain responses among premature infants. Egypt Pediatr Assoc Gaz. 2016 Jun 1;64(2):74–80.
9. de Sousa Freire NB, Santos Garcia JB, Carvalho Lamy Z. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. PAIN. 2008 Sep 30;139(1):28–33.
10. Johnston CC, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, et al. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. BMC Pediatr. 2008 Apr 24;8:13.
11. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. BMJ. 2003 Jan 4;326(7379):13.
12. Cong X, Ludington-Hoe SM, McCain G, Fu P. Kangaroo Care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: pilot study. Early Hum Dev. 2009 Sep;85(9):561–7.
13. Akcan E, Yiğit R, Atici A. The effect of kangaroo care on pain in premature infants during invasive procedures. Turk J Pediatr. 2009 Feb;51(1):14–8.

14. Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2016 Jul 27]. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008435.pub2

15. Warren I, Hicks B, Kleberg A, Eliahoo J, Anand KJS, Hickson M. The validity and reliability of the EValuation of INtervention Scale: preliminary report. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2016 Jun;105(6):618–22.

16. Olsson E, Ahlsén G, Eriksson M. Skin-to-skin contact reduces near-infrared spectroscopy pain responses in premature infants during blood sampling. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2016 Apr;105(4):376–80.

Перше видання, листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування:
EFCNI, Binter J, Oude-Reimer M et al., European Standards of Care for Newborn Health: Taking blood samples. 2018.

Температурний менеджмент новонароджених

van Leeuwen M, Frauenfelder O, Oude-Reimer M, Camba F,
Ceccatelli M, Hankes- Drielsma I, Kalbér A, Kühn T, Silva E

Цільова група

немовлята, батьки та члени родини

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні, організатори охорони здоров'я

Стандарт

Контроль температури та вологості навколишнього середовища є необхідним для оптимізації менеджменту нновонароджених.

Обґрунтування

Міжнародні органи визначають, що нормальна аксилярна температура коливається між 36,5 і 37,5 градусами Цельсія. (1,2) Відхилення температури тіла від нормальних цифр частіше зустрічається у недоношених та хворих немовлят. Оптимальну температуру навколишнього середовища називають термонейтральною температурою, яку визначають як температуру, при якій метаболічні зусилля немовляти мінімальні. (3) Різні дослідження показали, що низька температура тіла у новонароджених дітей пов'язана зі смертністю, підвищенням захворюваності та затримкою росту. (4–6) Так само, висока температура тіла пов'язана з несприятливими наслідками, особливо у немовлят, які перенесли гіпоксію та у недоношених дітей. (7,8)
Фізіологічні та поведінкові реакції недоношених дітей на спеку або холод менш розвинені, ніж у доношених дітей. Зниження співвідношення поверхні тіла та маси тіла може призвести до більших втрат тепла. Недоношені діти також можуть мати великі трансепідермальні втрати води у зв'язку з випаровуванням через їхню тонку пористу шкіру. Втрата води з випаровуванням супроводжується значними витратами енергії через охолодження шкіри, що збільшує захворюваність новонароджених. (3) Крім того, недоношені та хворі немовлята часто зазнають процедур введення центральних катетерів, ендотрахеальної інтубації та реанімації, які в свою чергу викликають коливання температури тіла.

Переваги:

Короткострокові переваги

- зменшення ризику гіпотермії (9)
- зменшення ризику гіпертермії (7,9)
- мінімізація трансепідермальних втрат води (10)
- поліпшення комфорту та зниження стресу та фізіологічної нестабільності (11)
- стабілізація температури тіла шляхом контакту шкіра-до-шкіри (12,13)

Довгострокові переваги

- зниження ризику надмірної ваги та ожиріння (9)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про ідеальну температуру тіла та важливість контролю за температурою. (14)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
2. Батькам пропонують вимірювати температуру тіла їхньої дитини (14,15)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів, зворотній зв'язок від батьків
3. Контакт шкіра-до-шкіри відбувається якомога раніше. (3,12,13) (див. TEG Infantand family-centred developmental care)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний листок для пацієнтів
Для медичних працівників		
4. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови з контролю температури	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
5. Проведено навчання усіх працівників вимірюванню та підтримці температури, включно з налаштуванням інкубатора для оптимального температурного оточення дитини; вивчено важливість підтримки нормотермії новонародженого та ризиків, пов'язаних з гіпо- і гіпертермією	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
Для неонатального відділення		
6. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова з контролю температури (3,16)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Настанова
7. Наявні відповідні засоби для управління температурою (5,17,22-24)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт, настанова
Для лікарні		
8. Проведено навчання працівників контролю за температурою. (3-6,9,17-21)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Навчальна документація

powered by EFCNI

9. Доступне належне обладнання для неонатального контролю температури (5,17,22-24)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт, настанова
Для організаторів охорони здоров'я		
10. Моніторинг випадків гіпо- та гіпертермії (25)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
N/A	
Для медичних працівників	
N/A	
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
Сприяти роботі еталонних стратегій для контролю температури в різних умовах, наприклад у постнатальному відділенні та під час переведення (25)	A (Висока якість B (Висока якість)

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про ідеальну температуру тіла та важливість контролю за температурою
- Батьків заохочують вимірювати температуру тіла їхньої дитини та підтримувати температурний режим

Для медичних працівників

- Відвідати тренінг з вимірювання та підтримки температури, включно з налаштуванням інкубатора для оптимального температурного оточення дитини; вивчити важливість підтримки нормотермії новонародженого та ризиків, пов'язаних з гіпо- та гіпертермією

Для неонатального та педіатричного відділення

- Створити та впровадити єдину настанову з контролю температури
- Створити інформаційні матеріали для батьків про ідеальну температуру тіла та важливість контролю за температурою

powered by EFCNI

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах із температурного контролю

Для неонатального та педіатричного відділення

- Розробити методи порівняння температур (пацієнтів) при поступленні

Опис

Недоношені діти і діти з дуже низькою масою тіла схильні до швидких втрат тепла через механізми проведення, випаровування, випромінювання та конвекції. Низька температура тіла безпосередньо пов'язана з більш високими показниками смертності та захворюваності. (4,8,18) У дуже недоношених немовлят температура при народженні обернено пропорційна смертності у стаціонарі зі зростанням смертності на 28% при зниженні температури на 1 °C. Низька температура при народженні збільшує темп споживання кисню, викликає легеневу та системну вазоконстрикцію, посилює дихальні розлади, метаболічний ацидоз, гіпоглікемію, порушення згортання крові та збільшує ризик пізнього сепсису та перивентрикулярного крововиливу. (26,27) Ретельний температурний менеджмент повинен бути стандартом у пологових залах, під час транспортування та безпосередньо у ВІТН.

Пологова зала

При підготовці до пологів або реанімації недоношеної дитини, температура в пологовій кімнаті повинна бути підвищена до 23°C – 25°C для доношених дітей і понад 28°C для немовлят <28 тижнів гестації. (2,16,28,29) Для немовлят, народжених до 32 тижня, команда неонатологів повинна вжити заходів, щоб запобігти охолодженню шляхом 1) підкладання теплового матраца під новонародженого, 2) використання пластикової упаковки або мішечка для покриття немовляти без осушування; 3) одяганням шапочки відразу після пологів. (27,30,31) Для немовлят, яким потрібна підтримка дихання, газову суміш слід нагрівати та зволожувати. Цільова аксилярна температура новонародженої дитини під час реанімації становить від 36,5 ° C до 37,5 ° C. (6,28) Слід уникати гіпертермії (> 38 ° C) через підвищений ризик розвитку РДС, неонатальних судом, ДЦП та ранньої смерті. (32–35) Температуру слід регулярно перевіряти.

Транспортування

Транспортування новонародженої дитини з пологової зали до ВІТН повинно бути безпечним та здійснюватися під контролем. Якщо неможливо здійснити перенесення у контакті «шкіра-до-шкіри» разом із мамою чи батьком, дуже недоношених дітей перевозять у спеціальному транспортному інкубаторі, попередньо нагрітому до 37 °C.

Відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН)

Температура в приміщенні ВІТН повинна підтримуватися > 23 ° C. Температура інкубатора залежить від розміру та віку немовляти. Кожен агрегат повинен мати суворі протоколи управління температурою середовища в інкубаторі та регулювання вологості для зменшення втрат води на випаровування, які регулярно ревізуються. Контакт шкіра-до-шкіри слід застосовувати завжди, коли це можливо (див. TEG Infant- and family-centred developmental care). Слід бути обережним, щоб уникнути термічного стресу під час купання. (див. TEG Care procedures)

powered by EFCNI

Джерела

1. Interprofessional Education and Research Committee of the Champlain Maternal Newborn Regional Program (CMNRP). Newborn Thermoregulation Self Learning Module [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 12]. Available from: http://www.cmnrp.ca/uploads/documents/Newborn_Thermoregulation_SLM_2013_06.pdf
2. World Health Organization. Thermal protection of the newborn: a practical guide [Internet]. WHO. [cited 2018 Jun 12]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ws42097th/en/
3. Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. Clin Perinatol. 2008 Mar;35(1):183–197, ix–x.
4. de Almeida MFB, Guinsburg R, Sancho GA, Rosa IRM, Lamy ZC, Martinez FE, et al. Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. J Pediatr. 2014 Feb;164(2):271– 275.e1.
5. Russo A, McCready M, Torres L, Theuriere C, Venturini S, Spaight M, et al. Reducing hypothermia in preterm infants following delivery. Pediatrics. 2014 Apr;133(4):e1055-1062.
6. Bobby PD, Cabral J, Cianella J, Matias S, Kelley E, Bowman D. Reducing the Incidence of Hypothermia in Preterm Neonates: A Community Hospital Experience. Obstet Gynecol. 2014 May;123:139S.
7. Agourram B, Bach V, Tourneux P, Krim G, Delanaud S, Libert J-P. Why wrapping premature neonates to prevent hypothermia can predispose to overheating. J Appl Physiol Bethesda Md 1985. 2010 Jun;108(6):1674–81.
8. Laptook AR, Watkinson M. Temperature management in the delivery room. Semin Fetal Neonatal Med. 2008 Dec;13(6):383–91.
9. Sherman TI, Greenspan JS, St Clair N, Touch SM, Shaffer TH. Optimizing the neonatal thermal environment. Neonatal Netw NN. 2006 Aug;25(4):251–60.
10. Sinclair L, Crisp J, Sinn J. Variability in incubator humidity practices in the management of preterm infants. J Paediatr Child Health. 2009 Sep;45(9):535–40.
11. Hoffman K, Bromster T, Hakansson S, van den Berg J. Monitoring of pain and stress in an infant with asphyxia during induced hypothermia: a case report. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2013 Aug;13(4):252–61.
12. Hubbard JM, Gattman KR. Parent-Infant Skin-to-Skin Contact Following Birth: History, Benefits, and Challenges. Neonatal Netw NN. 2017 Mar 1;36(2):89–97.
13. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;(5):CD003519.
14. Davidson J, Aslakson R, Long A, et. al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28.
15. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care: Closeness and separation. Acta Paediatr. 2012 Oct;101(10):1032–7.
16. Wyllie J, Bruinenberg J, Roehr CC, Rüdiger M, Trevisanuto D, Urlesberger B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. Resuscitation. 2015;95:249–63.
17. Harer MW, Vergales B, Cady T, Early A, Chisholm C, Swanson JR. Implementation of a multidisciplinary guideline improves preterm infant admission temperatures. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2017 Nov;37(11):1242–7.
18. Miller SS, Lee HC, Gould JB. Hypothermia in very low birth weight infants: distribution, risk factors and outcomes. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2011 Apr;31 Suppl 1:S49-56.

19. New K, Flenady V, Davies MW. Transfer of preterm infants from incubator to open cot at lower versus higher body weight. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Sep 7;(9):CD004214.

20. Whyte RK. Neonatal management and safe discharge of late and moderate preterm infants. Semin Fetal Neonatal Med. 2012 Jun;17(3):153–8.

21. Fraguela A, Matlalcuatzi FD, Ramos ÁM. Mathematical modelling of thermoregulation processes for premature infants in closed convectively heated incubators. Comput Biol Med. 2015 Feb;57:159–72.

22. Joseph RA, Derstine S, Killian M. Ideal Site for Skin Temperature Probe Placement on Infants in the NICU: A Review of Literature. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2017 Apr;17(2):114–22.

23. Sim MA, Leow SY, Hao Y, Yeo CL. A practical comparison of temporal artery thermometry and axillary thermometry in neonates under different environments. J Paediatr Child Health. 2016 Apr;52(4):391–6.

24. Uslu S, Ozdemir H, Bulbul A, Comert S, Bolat F, Can E, et al. A comparison of different methods of temperature measurements in sick newborns. J Trop Pediatr. 2011 Dec;57(6):418–23.

25. National Neonatal Audit Programme (NNAP) | RCPCH [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: https://www.rcpch.ac.uk/work-we-do/quality-improvement-patient-safety/national-neonatal-audit-programme-nnap

26. Caldas JP de S, Millen F de C, Camargo JF de, Castro PAC, Camilo AL da F, Marba STM. Effectiveness of a measure program to prevent admission hypothermia in very low-birth weight preterm infants. J Pediatr (Rio J). 2017 Sep 6;

27. Pinheiro JMB, Boynton S, Furdon SA, Dugan R, Reu-Donlon C. Use of chemical warming packs during delivery room resuscitation is associated with decreased rates of hypothermia in very lowbirth-weight neonates. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2011 Oct;11(5):357–62.

28. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, et al. Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint). Pediatrics. 2015 Nov;136 Suppl 2:S120-166.

29. Kent AL, Williams J. Increasing ambient operating theatre temperature and wrapping in polyethylene improves admission temperature in premature infants. J Paediatr Child Health. 2008 Jun;44(6):325–31.

30. Fawcett K. Preventing admission hypothermia in very low birth weight neonates. Neonatal Netw NN. 2014 Jun;33(3):143–9.

31. McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD004210.

32. Lieberman E, Eichenwald E, Mathur G, Richardson D, Heffner L, Cohen A. Intrapartum fever and unexplained seizures in term infants. Pediatrics. 2000 Nov;106(5):983–8.

33. Grether JK, Nelson KB. Maternal infection and cerebral palsy in infants of normal birth weight. JAMA. 1997 Jul 16;278(3):207–11.

34. Coimbra C, Boris-Möller F, Drake M, Wieloch T. Diminished neuronal damage in the rat brain by late treatment with the antipyretic drug dipyrone or cooling following cerebral ischemia. Acta Neuropathol (Berl). 1996 Nov;92(5):447–53.

35. Dietrich WD, Alonso O, Halley M, Busto R. Delayed posttraumatic brain hyperthermia worsens outcome after fluid percussion brain injury: a light and electron microscopic study in rats. Neurosurgery. 1996 Mar;38(3):533–541; discussion 541.

Зважування

Kalbér A, Kühn T, Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Camba F, Ceccatelli M, Hankes- Drielsma I, Jørgensen E, Silva E

Цільова група

немовлята, батьки та члени родини

Користувачі

медичні працівники, відділення новонароджених, лікарні

Стандарт

Зважування немовляти це індивідуалізована і адаптована до клінічного стану процедура (з метою мінімізації стресу), що може проводитись разом із батьками.

Обґрунтування

Зважування проводиться регулярно для контролю ваги та харчового статусу. Оптимальної частоти немає, на практиці вона мінлива. Щоденне зважування може використовуватися як рутинна процедура. Процедура зважування є особливо стресовою для дуже недоношених або хворих немовлят, тому її слід адаптувати до стану дитини з урахуванням прямої терапевтичної користі (наприклад, управління водним балансом та харчуванням). Спосіб проведення цієї процедури може негативно впливати на фізіологічну та поведінкову стабільність немовляти. Немовлята можуть зважуватися за допомогою двох різних методів: за допомогою інтегрованих вагів у інкубаторі (коли немовля дуже недоношене або хворе) або з використанням окремих вагів, якщо немовля є досить стабільним для перенесення. Сповивання або використання постільних матеріалів (наприклад, позиціонера або кокона) під час зважування забезпечує більш стійку підтримку під час перенесення на ваги, руки немовляти можуть розташовуватися таким чином, щоб вони досягали до рота, щоб сприяти самозаспокоєнню. Це заспокоює і гальмує втрати тепла, поведінкову дезорганізацію та фізіологічні розлади. (1,2) Перенесення на ваги слід здійснювати обережно і повільно, з урахуванням незрілої вестибулярної системи немовляти. Сприятливими умовами навколишнього середовища є стабільність температури, а також уникнення надмірних звуків та яскравого світла.

Переваги:

Короткострокові переваги

- поліпшення комфорту немовляти (1)
- поліпшення фізіологічної стабільності і рухової організації за умов мінімального збудження під час процедури (1),
- мінімізація енерговитрат (3)
- зниження частоти випадків гіпотермії (2)
- підвищення батьківської обізнаності про поведінкові ознаки дитини та посилення участі у щоденному догляді (4–6)

Довгострокові переваги

- підвищення батьківської обізнаності про поведінкові ознаки та посилення участі у щоденному догляді(7)
- поліпшення здорової структури мозку / переваги для розвитку (4,8)

powered by EFCNI

Компоненти стандарту

Компонент	Рівень доказів	Індикатор відповідності стандарту
Для батьків та родичів		
1. Медичні працівники інформують батьків про можливість активної участі у зважуванні їхньої дитини (сповивання, тримання при перенесенні, підтримка спокою дитини на вагах), як розпізнати поведінкові ознаки дискомфорту під час важування і як належно реагувати. (4,5,9,10)	A (Помірна якість) B (Помірна якість)	Зворотній зв'язок від батьків, інформаційний листок для пацієнтів
Для медичних працівників		
2. Усі медичні працівники дотримуються єдиної настанови зі зважування (алгоритм процедури, перенесення дитини, кратність)	B (Висока якість)	Настанова
3. Проведено навчання усіх працівників зважуванню (алгоритм процедури, перенесення дитини, кратність) та поведінковим ознакам дитини під час зважування. 911-13)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Навчальна документація
4. Зважування проводиться не як рутинна процедура, а виключно за індивідуальною потребою (11)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт
Для неонатального відділення		
5. Є доступною та регулярно оновлюється єдина настанова зі зважування немовлят	B (Висока якість)	Настанова
Для лікарні		
6. Проведено навчання працівників зважуванню та поведінковим ознакам дитини під час процедури	B (Висока якість)	Навчальна документація
7. Доступні необхідні матеріали для сповивання та позиціонування. (14) (див. TEG Care procedures)	A (Помірна якість) B (Висока якість)	Аудиторський звіт
8. Для найбільш вразливих дітей передбачені сучасні вбудовані ваги для ліжка / інкубатора. (15)	A (Помірна якість) B (Помірна якість)	Аудиторський звіт
Для лікарні		
N/A		

powered by EFCNI

Куди рухатись - подальший розвиток догляду

Подальший розвиток	**Рівень доказів**
Для батьків та родичів	
Батьки беруть участь в якості первинних доглядачів, які навчаються виконувати зважування самостійно. (13,16,17)	A (Висока якість) B (Висока якість)
Для медичних працівників	
Сприймати батьків як первинних доглядачів, навчати та підтримувати їх у здійсненні догляду. (13,16,17)	A (Висока якість) B (Висока якість)
Для відділення новонароджених	
N/A	
Для лікарні	
N/A	
Для організаторів охорони здоров'я	
N/A	

Починаємо

Початкові кроки

Для батьків та родичів

- Медичні працівники усно інформують батьків про можливість активної участі у зважуванні їхньої дитини (сповивання, тримання при перенесенні, підтримка спокою дитини на вагах), як розпізнати поведінкові ознаки дискомфорту під час зважування та як належно реагувати

Для медичних працівників

- Заохочувати батьків до активної участі у процедурі зважування
- Відвідати тренінг зі зважування та поведінки дитини під час процедури

Для неонатального та педіатричного відділення

- Здійснювати індивідуальний підхід до зважування, базуючись на спеціальних потребах кожного немовляти
- Створити та впровадити єдину настанову зі зважування немовлят
- Створити інформаційні матеріали для батьків про можливість їхньої активної участі у зважуванні немовлят

Для лікарні

- Заохочувати медичних працівників брати участь у навчальних заходах зі зважування та поведінки дитини під час процедури

Для організаторів охорони здоров'я

- N/A

Джерела

1. Neu M, Browne JV. Infant physiologic and behavioral organization during swaddled versus unswaddled weighing. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 1997 Jun;17(3):193–8.
2. World Health Organization. Thermal protection of the newborn: a practical guide [Internet]. WHO. [cited 2018 Jun 12].
Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ws42097th/en/
3. Trauma-Informed Care in the NICU [Internet]. Springer Publishing. [cited 2018 Jun 12].
Available from: http://www.springerpub.com/trauma-informed-care-in-the-nicu.html/
4. Milgrom J, Newnham C, Anderson PJ, Doyle LW, Gemmill AW, Lee K, et al.
Early sensitivity training for parents of preterm infants: impact on the developing brain.
Pediatr Res. 2010 Mar;67(3):330–5.
5. Hall SL, Hynan MT, Phillips R, Lassen S, Craig JW, Goyer E, et al. The neonatal intensive parenting unit: an introduction. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2017 Dec;37(12):1259–64.
6. 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 Dec;35(Suppl 1):S5–8.
7. 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 Nov;118(5):e1414-1427.
8. Ariagno RL, Thoman EB, Boeddiker MA, Kugener B, Constantinou JC, Mirmiran M, et al.
Developmental care does not alter sleep and development of premature infants. Pediatrics.
1997 Dec;100(6):E9.
9. Feeley N, Zelkowitz P, Westreich R, Dunkley D. The evidence base for the cues program for mothers of very low birth weight infants: an innovative approach to reduce anxiety and support sensitive interaction. J Perinat Educ. 2011;20(3):142–53.
10. Steinhardt A, Hinner P, Kühn T, Roehr CC, Rüdiger M, Reichert J. Influences of a dedicated parental training program on parent-child interaction in preterm infants. Early Hum Dev.
2015 Mar;91(3):205–10.
11. Valizadeh L, Asadollahi M, Mostafa Gharebaghi M, Gholami F. The congruence of nurses' performance with developmental care standards in neonatal intensive care units. J Caring Sci.
2013 Mar;2(1):61–71.
12. Hasanpour M, Farashi F, Mohammadizadeh M, Abdeyazdan Z. The Impact of a Neonatal Sleep Care Training Program on Nurses' Knowledge and Performance in Neonatal Intensive Care Units.
Iran J Nurs Midwifery Res. 2017 Jun;22(3):215–8.
13. American Academy of Pediatrics, Institute for Family-Centred Care. Policy Statement.
Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children [Internet]. 2003 [cited 2018 Jun 11].
Available from: http://pediatrics.aappublications.org/- content/pediatrics/112/3/691.full.pdf
14. Toso BRG de O, Viera CS, Valter JM, Delatore S, Barreto GMS. Validation of newborn positioning protocol in Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm. 2015 Dec;68(6):1147–53.
15. Erasmus MC : Dräger Caleo Couveuse (e-module) [Internet]. [cited 2018 Jun 11].
Available from: https://www.erasmusmc.nl/cs-eduplaza/voor-medewerkers/index/drager
16. Bracht M, Kandankery A, Nodwell S, Stade B. Cultural differences and parental responses to the preterm infant at risk: strategies for supporting families. Neonatal Netw NN. 2002 Oct;21(6):31–8.
16. Staff Education and Support [Internet]. Family Integrated Care. [cited 2018 Jun 11].
Available from: http://familyintegratedcare.com/implementing-ficare/program-development/staff-educationand-support/

Перше видання, листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд:2023

Рекомендоване цитування
EFCNI, Kalbér A, Kühn T et al.,
European Standards of Care for Newborn Health:
Weighing. 2018.