

připravenosti k orálnímu příjmu (IDFS 1) tak i hodnocení průběhu orálního příjmu (IDFS 2) jsou využívány i na pracovištích Fakultní nemocnice Brno, a proto je tomuto modelu věnována samostatná kapitola.

Ošetřovatelský výzkum specifikuje, že krmení předčasně narozených dětí je kvalifikovaný ošetřovatelský úkol, který zahrnuje klinické rozhodování o tom, jak a kdy kojence krmit. Proto na rozdíl od tradiční praxe krmení nyní mnoho nemocnic zavádí postupy péče, které vyžadují, aby sestra u lůžka identifikovala příznaky připravenosti kojence na krmení a aby se zjistilo, kdy je dítě připraveno na pokus o přiložení k prsu matky. Úspěšné krmení v kojeneckém modelu péče zahrnuje dosažení čtyř cílů:

- krmení je bezpečné,
- krmení je funkční,
- krmení je výživné,
- krmení je individuálně a vývojově přiměřené (9, 10).

Bezpečnost je primárním cílem krmení. Je potřeba dbát na minimalizaci možnosti aspirace. Zdravotní sestry či rodiče zapojeni do péče musí být opatrní, neboť by se vlivem nesprávného vyhodnocení stavu dítěte mohlo zvýšit riziko aspirace a apnoe. Toto riziko se zvyšuje v okamžiku, kdy tekutina proudí ústy kojence i tehdy, když potřebuje dýchat.

Druhým cílem úspěšného krmení v modelu výživy řízené kojencem je, aby krmení bylo funkční. K tomu dochází, když je přijímáno přiměřené množství odstříkaného mateřského mléka či umělé výživy pro správný růst, bez zbytečného stresu na motorický a autonomní subsystém dítěte. Kojenci, kteří během krmení z láhve začínou vykazovat apatické chování, nízký svalový tonus nebo změnu barvy kůže, by měli přijímat zbytek výživy žaludeční sondou místo toho, aby docházelo k jejich nucenému dokrmování. Tyto děti projevují nepřiměřený tlak na své subsystémy, což je potenciálně přivádí k bezpečnostním problémům a také k neúspěšnému dalšímu krmení pomocí kojení. Model zaměřený na kojence, kdy je orální krmení v případě potřeby pozastaveno, je v ostrém kontrastu s tradičním způsobem krmení. Ten povzbuzuje pečovatele, aby realizoval jakoukoli techniku potřebnou k vyprázdnění láhve.

Třetím cílem úspěšného krmení je jeho výživnost. Krmení, stejně jako většina činností mezi pečovatelem a kojencem, by mělo být událostí založenou na vztahu, nikoli pouze úkolem. Krmení by mělo být příjemné a vést k uspokojení dítěte. V žádném případě by nemělo být averzní. Pokud dítě křičí, prohýbá se v zádech, vzpírá se, je zapotřebí alternativní způsob krmení, například sondou.

Čtvrtým cílem pro dosažení úspěšného krmení podle modelu výživy řízené kojencem je, aby bylo pro kojence přijatelné, z hlediska jeho individuality a vývoje. Polykač reflex je plně funkční ve 34. týdnu postkoncepčního věku. Proto předpokládaný vývojový milník pro krmení kojením je kolem 34. postkoncepčního týdne (9). Jednotliví kojenci však mohou být kojeni již ve 33. postkoncepčním týdnu a někteří až ve více než 35. postkoncepčním týdnu, protože faktory, jako je koordinace polykání a dýchání, mohou být stále nezralé nebo omezené. Kojenci projevují své individuální vývojové dozrávání prostřednictvím svého chování (bdělost, uvědomění si hladu, svalového tonu, reflexů (přisátí, sání) a pohybu (rovnováha mezi flexí a extenzí)). Toto individuální, vývojové chování by mělo být klíčem k zahájení a rozvoji kojení (10). Ve snaze zjednodušit dokumentaci a zároveň ji učinit objektivnější a vhodnější pro nové vývojově vhodné postupy je doporučeno použití kojeneckých škál. Škály pro výživu řízenou kojencem se skládají ze tří stupnic, které mají být používány společně k zachycení připravenosti kojence na kojení, schopnosti kojence přijímat výživu a také technik používaných pečovatelem při krmení dítěte (11). Škály používané ve spojení se standardní dokumentací poskytují zdravotnickému týmu mnohem jasnější obraz o schopnostech dítěte být kojeno a jeho celkové stabilitě a pokroku směřujícím k propuštění (12, 13).

Zkušenosti z praxe

Hodnocení připravenosti novorozence k orálnímu příjmu podle Infant driven feeding score 1 (IDFS 1) a hodnocení průběhu orálního příjmu podle Infant driven feeding score 2 (IDFS 2) je prováděno na intermedie odděleních Fakultní nemocnice Brno. Škála IDFS 1 se používá před každým podáním dávky, tedy každé 3 hodiny. Zároveň

se provádí zápis do dekurzu dítěte. Dítě je hodnoceno na škále 1 až 5, kdy skóre 1 a 2 definuje stav dítěte, který je vhodný k orálnímu příjmu. Znamená to, že je před zahájením krmení bdělé či mírně podrážděné. Je přítomen hledací reflex či vkládání prstů do úst a také adekvátní svalový tonus. Pokud je dítě ohodnoceno číslem 3 až 5, nevystavuje se orálnímu příjmu a při opakovaném výskytu takového stavu v průběhu dne je doporučeno kontaktovat klinického logopeda. Takové dítě neprojevuje hlad ani zájem o krmení, jeho svalový tonus je bez změny, v průběhu manipulace je bdělé jen krátce či spí a při manipulaci může projevovat poruchy v srdečním nebo respiračním rytmu či v saturaci hemoglobinu kyslíkem.

V průběhu samotného krmení provádí sestra hodnocení Infant driven feeding score 2 (IDFS 2). Hodnotí především sání, ale také polykání, dýchání a další fyziologické funkce. Skóre 1 až 3 specifikuje dítě, které je schopno kvalitně sát, polykat a dýchat a je doporučeno jej krmit po dobu 20 až 25 minut. Naopak u skóre 4 je koordinace sání, polykání a dýchání velmi nekonzistentní a slabá, kdy je nutno limitovat čas podávání výživy na 10 minut. Absolutní neschopnost koordinovat sání, polykání a dýchání, kdy dochází také k významným změnám v srdeční nebo respirační frekvenci či v saturaci hemoglobinu kyslíkem je na zmíněné škále ohodnoceno číslem 5. V tomto stavu není polykání dítěte bezpečné a krmení by mělo být přerušeno a výživa podána sondou. Ve specifických případech je opět vhodné do péče zahrnout klinického logopeda (10).

V ošetřovatelské praxi je škála IDFS hodnocena pozitivně. Skórování je srozumitelné a přehledné a výsledky jsou referovány klinickému logopedovi. Ten v pravidelných intervalech dochází na oddělení, sleduje a hodnotí jednotlivé novorozence a doporučuje vhodná opatření. Také navrhuje vhodné pomůcky k stimulaci před krmením nebo k samotnému krmení, jako je například speciálně upravená kojenecká lahev. Spolupráce zahrnuje rovněž zapojení rodičů, převážně matek. Ty jsou schopny, na základě pozitivních zkušeností, lépe porozumět svým dětem. Také se v případě potřeby obrací na klinického logopeda opakovaně.