

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ЛІКАРІВ

УДК:616-053.2+616-053.31:613.278.1/4

Т.К. Знаменська, Т.В. Куріліна

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
та гінекології НАМН України»
(м. Київ, Україна)

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ І ТРЕНІНГУ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ МЕТОДУ МАТИ-КЕНГУРУ В ПЕДІАТРИЧНУ ПРАКТИКУ

Ключові слова: метод мати-кенгуру, недоношені новонароджені, навчання та тренінг

Резюме. За три десятиріччя свого існування метод мати-кенгуру набув статусу безпечного та ефективного методу догляду, який потенційно покращує виживання та наслідки у дітей з низкою масою тіла при народженні. Не дивлячись на чисельні впровадження та зусилля прихильників щодо навчання та тренінгу кенгуру-догляду, у деяких країнах існують труднощі із поширенням та узаконенням методу у родопомічних та педіатричних лікувальних закладах. Активна дискусія різних аспектів впровадження методу мати-кенгуру (КМС) серед міжнародної спільноти "кенгурологів" дозволила окреслити ключові питання, завдання та визначити основні універсальні шляхи для його впровадження в систему охорони здоров'я різних країн.

Членами міжнародної Робочої групи, що була створена на 7-ій Міжнародній конференції з методу мати-кенгуру, був розроблений та запропонований трикутний процес змін, який складається з агентів змін, вибору моделі впровадження та шляху навчання. Розглянуті різні функції агентів змін та різні шляхи ініціації методу. Навчання та тренінг методу мати-кенгуру повинні базуватися на доказових дослідженнях, проводиться відповідно кращим існуючим практикам у освіті та бути придатними до локальних умов.

Метод мати-кенгуру (КМС) – метод догляду за новонародженими, який зародився у Колумбії у 1978 році та який базується на тому, що діти, народжені з низкою масою тіла, не повинні бути відділені від їх матерів та родини.

Відповідно до новітнього визначення, метод мати-кенгуру є новою стандартизованою протоковою системою догляду за недоношеними дітьми та народженими із малою масою, яка базується на контакті шкіра-до-шкіри між дитиною та матір'ю. Це концептуально проста, елегантна технологія, у якій роль медичних працівників в основному зводиться до навчання, тренування, запропонування експертного консультування та ретельного моніторингу діад (пар) мати-дитина. Метод не є альтернативним традиційному медичному супроводу новонароджених, але являє собою науково обгрунтовану мультирівневу інтервенцію. На сьогодні існує достатня доказова база щодо можливості та доцільності використання цього методу при виходжуванні дітей з низкою масою тіла при народженні (LBW).

Центральним та есенціальним компонентом методу мати-кенгуру є кенгуру-позиція, яка описується, як положення дитини проміж грудей матері у вертикальному положенні з контактом

шкіра-до-шкіри. За найменшою можливістю екслюзивне грудне вигодовування підтримується як оптимальний вибір годування дитини. Третім компонентом вважається надійний амбулаторний диспансерний догляд після виписки дитини додому або після переведення на II етап виходжування у положенні кенгуру у більш ранні терміни, ніж при звичайному виходжуванні. До повного варіанту кенгуру-догляду відносяться також політика ранньої виписки додому та всебічна психосоціальна підтримка родин.

Теоретично дитина повинна знаходитися у кенгуру-положенні так довго, як це можливо. Якщо КМС триває понад 20 годин на добу, вона називається безперервною, догляд шкіра-до-шкіри по декілька годин на добу – переміжним, переривчастим доглядом.

На сьогодні існує безліч літературних посилань щодо ефектів методу мати-кенгуру на стан недоношеної дитини. Підсумувати їх можна різним чином. Наприклад, за бенефіціями для матері, дитини або шпиталю. Доктор S.Ludington-Noe із співробітниками пропонують 5 головних категорій:

- фізіологічні ефекти (покращання фізіологічної адаптації дітей через стабілізацію частоти

серцевих скорочень, дихання, оксигенації, температурного контролю, зменшення нозокоміального інфікування);

- поведінкові ефекти (діти при КМС мають більш зрілу та досконалу модель сну, менше плачуть, доказаний знеболюючий ефект під час різноманітних втручань);

- грудне вигодовування (при кенгуру-догляді раніше починається продукція молока, ексклюзивно грудне вигодовування превалює та більш тривале, краща динаміка збільшення маси тіла та росту);

- психосоціальні ефекти (метод сприяє налагодженню інтерактивного спілкування матері та дитини, допомагає зменшити материнську тривожність та збільшити її впевненість);

- нервово-психічний розвиток (покращує загальний, ментальний та моторний розвиток).

У новому удосконаленому Cochrane огляді порівняно смертність дітей при кенгуру догляді та традиційному виходжуванні. Встановлено зменшення смертності до виписки, 40-41 тижня гестаційного віку та при наступному диспансерному нагляді. Це є важливим для країн, які спрямовані на досягнення основних Цілей Розвитку Тисячоліття. Деякі досягнення при кенгуру-догляді (покращання грудного вигодовування та зменшення частоти інфекційних захворювань) також є важливими для закладів охорони здоров'я через зменшення фінансових витрат. Персональне залучення матері у процес виходжування її дитини є джерелом покращання якості догляду за недоношеними новонародженими. З іншого боку, впровадження КМС у практику неонатальних відділень покращує моральний стан та комунікативність медичного персоналу через зниження навантаження.

Існує декілька гіпотез щодо того, чому метод мати-кенгуру надає стільки позитивного впливу. В основному всі вони зводяться до стимуляції парасимпатичної нервової системи та зменшення стресової відповіді.

Експансія методу мати-кенгуру

Кенгуру-догляд стрімко розповсюджується по всьому світу як у високо-, так і у низько розвинутих країнах через збільшення доказів його позитивного впливу на стан та наслідки у недоношених новонароджених та LBW дітей, а також через розуміння складності фізіологічних процесів та резервних об'ємів відновлення в цій когорті немовлят. Річ не тільки про великі можливості кенгуру-догляду для країн з низьким та середнім рівнем доступу до якісного медичного обслуговування, а про створення дійсно розви-

ваючого оточення та покращання якості життя маленьких пацієнтів.

Протягом останніх двох десятиліть кенгуру-догляд було впроваджено більше ніж у 46 країнах світу, були проведені численні дослідження щодо безпечності, здійсненності, прийнятності та економічності методу за принципами доказової медицини. Не дивлячись на позитивні результати, впровадження КМС було "плямистим" у більшості країн з низькою частотою інтервенції у віддалених від навчальних закладів регіонах.

У багатьох країнах поширювалася стимуляція впровадження КМС, яка починалася з надання загальної інформації, трансформувалася у формальне навчання, а потім - у тренінгові програми. Тренінгові програми презентувалися у різних форматах з підтримкою різноманітними навчальними матеріалами та тренінговими можливостями. Тем не менше, у деяких країнах виникли труднощі з поширенням методу.

Для кращого розуміння існуючих моделей з навчання та тренінгу методу мати-кенгуру у контексті того, де КМС впроваджена найкраще, на 7-ій Міжнародній конференції з методу мати-кенгуру (Швеція, м. Уппсала) у жовтні 2008 року була створена Робоча група з навчання та тренінгу. На цій конференції вперше за останні 15 років було розпочато перегляд навчальних матеріалів з впровадження КМС та якісного його покращання. Матеріали роботи Робочої групи з навчання та тренінгу методу мати-кенгуру було систематизовано після тривалого періоду спілкування між членами групи та іншими ключовими особами, що мають великий досвід впровадження КМС в педіатричну практику у різних країнах, з накопиченням значної кількості матеріалів та точок зору щодо поширення уявлень про найбільш успішні форми навчання, тренінгу та впровадження у різних кутках світу. У діяльності Робочої групи прийняли участь 31 делегат з 18 країн світу.

Наведені у огляді дані надають загальне уявлення про деякі ключові точки та рекомендації для локального та регіонального впровадження КМС.

Модель для змін

Для описання трьох есенціальних компонентів у відношеннях між навчанням та тренінгом з одного боку та впровадженням у практику охорони здоров'я з іншого була сконструйована трикутна модель (рис.1).

Перший компонент моделі включає гравця або агента змін, який грає одну або декілька ролей: провідника (модератора), тренера (інструктора) та водія (методиста, куратора) на різних

стадіях процесу впровадження. Ці агенти змін працюють на різних рівнях системи охорони здоров'я, від індивідуального до головного закладу великого району, регіонального або національного рівня.

Другий компонент відноситься до трьох можливих шляхів впровадження, ранжированих від практичних лікарів до академічного та політичного рівнів.

Третій компонент відноситься до потреби ви-

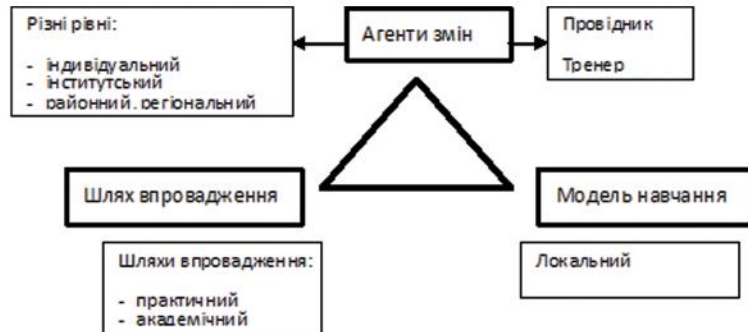


Рис. 1. Модель взаємовідношень між впровадженням та навчанням й тренінгом

значення моделі навчання та тренінгу у контексті з універсальними аспектами КМС.

Шляхи впровадження

Ідентифіковано три шляхи ініціації впровадження практики КМС. Кожен з них має свої унікальні наслідки для навчання та тренінгу (рис.2).

Якщо КМС ще відносно незнайомий метод, найбільш загальним підходом є практичний

шлях. Окремі практичні лікарі або інститутські заклади, що зацікавлені розпочати КМС, opracовують окремі форми кенгуру-догляду у відділенні інтенсивної терапії або на інших етапах виходжування. Впровадження методу може відбуватися шляхом постійної або переривчастої КМС та залежить від рівня надання допомоги, наявності обладнання та можливостей фінансування установи.

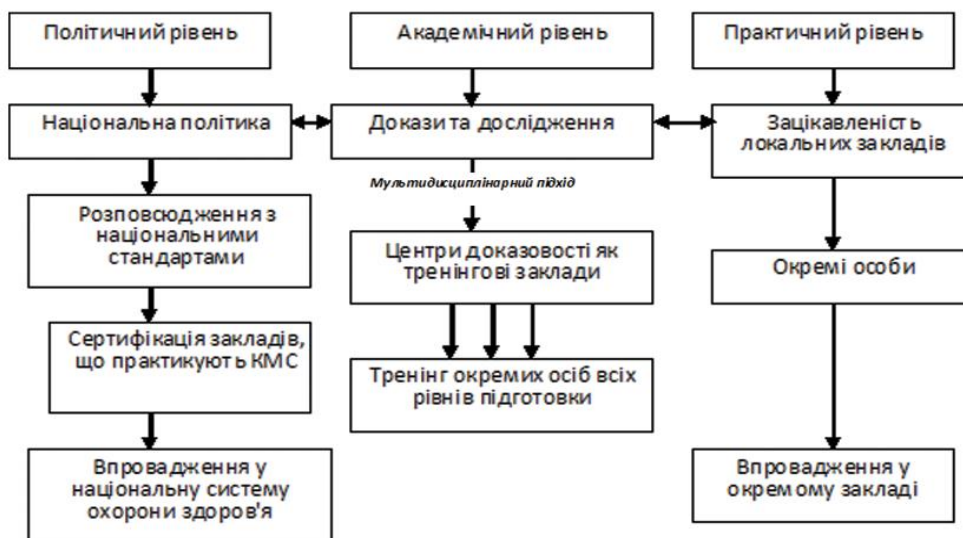


Рис. 2. Три шляхи ініціації методу мати-кенгуру

Ідеальним є навчання методу у тренінговому центрі, але також є яскраві приклади особистого навчання шляхом вивчення літератури та відеоматеріалів. Як тільки починають надходити перші локальні звіти щодо можливості та ефективності кенгуру-догляду та відбуваються більш систематичні обговорення методу у закладах

системі охорони здоров'я, процес впровадження стає очевидним. Це надає можливість переходу на політичну сходику, з якої навчання і тренінг плануються на регіональному та національному рівнях і робляться систематичні зусилля по переносу КМС тренінгів безпосередньо до працівників кожної географічної області країни.

Перші кроки на політичному шляху впровадження досягаються через вирішення у відділах органів охорони здоров'я питання – чи відбувається це інвестування у підходящий час? Слід врахувати, що для початкового тренінгу достатньої кількості медичних працівників необхідні гроші та людські ресурси. Високий ступінь децентралізації акушерської служби з різними закладами управління охороною здоров'я інколи може утруднювати прийняття правильного одностайного рішення. Створення єдиної мережі перинатальних центрів відповідно до ініціати-ви Президента і Національного проекту «Нове життя. Нова якість охорони здоров'я материнства та дитинства» надає унікальну можливість дисемінації методу мати-кенгуру у родопомічних закладах України як стандартизованої протокольної технології догляду за недоношеними новонародженими.

Академічний шлях впровадження знаходиться між практичним та політичним шляхами, коли заклади з навченим персоналом стають майстер-центрами для навчання та тренінгу з доступом як для практичних лікарів, так і для менеджерів охорони здоров'я. Академічні програми часто пов'язані із дослідженнями, за результатами яких в тренінгові програми включаються нові дані. Майстер-класи можуть відігравати важливу роль у організації кенгуру-осередків у регіоні та у створенні локально важливих та відповідних умовам протоколів лікування.

Всі три шляхи впровадження повинні підкріплюватися мультидисциплінарним підходом. Якісне покращання медичного супроводу дітей, народжених передчасно, як наслідок ініціації методу мати-кенгуру в науково-практичних закладах є важливим аргументом на користь затвердження КМС як національної політики неонатального догляду.

Моделі навчання

Як і у випадку з шляхами впровадженням КМС, у навчанні немає моделі уніфікованого типу. Учасниками Робочої групи визначено, що вибір моделі впровадження потребує великої гнучкості й індивідуалізації та повинний відповідати доступним технологіям і ресурсам в особливих окремих умовах (таб.1).

В результаті аналізу всесвітнього досвіду були окреслені основні аспекти для міркування про плани навчання, склад тренерів та лекторів, визначення підходів, формату та опцій для виконання навчальних та тренінгових програм:

- Хто є слухачами?
- Як довго триматиме курс тренінгу?

- Що повинно входити у структуру та рамки курсу?

- Які принципи для розвитку програми повинні бути закладені у навчальний курс?

- Який зміст програми?

- Хто діє як лектор, тренер та методист (куратор)?

- Які матеріали тренінгу та засоби повинні бути використані?

- Як оцінюватимуться результати тренінг та навчання?

Універсальні деталі КМС, які повинні бути частиною змісту навчальних програм, представлені у рекомендації ВООЗ. Вони включають загальну інформацію, вимоги для медичних установ, інформацію, яка повинна доводитися до матері та родини, критерії ініціації та тривалості КМС, відповідальність кенгуру-провайдерів, описання компонентів методу (кенгуру-позиція, грудне вигодовування, рання виписка, організація диспансерного нагляду), створення доброзичливого до родини середовища у відділеннях інтенсивної терапії, психосоціальні питання. Слід наголосити на необхідності обговорення хибних уявлень про те, що тільки інкубатор є стандартом догляду або, що КМС є панацеєю при виходжуванні недоношених дітей.

Навчальні можливості, які можуть бути використані при КМС впровадженні на індивідуальному рівні та на рівні закладу, включають клінічні навчальні підходи у ліжка пацієнта, регулярні зустрічі, журнальний клуб та багато інших цікавих типів активності (таб.2).

Ініціація впровадження КМС

викликає процес змін

Любе навчання та тренінг методу мати-кенгуру викликає, окрім того, готовність учасників до розуміння процесу змін та уміння використання їх відповідно до моделей імплементації. Di Clemente C.C., Prochaska J.O. із співавторами (1995) запропоновано модель "Стадії змін", яка запланована на вироблення змін поведінки і у наступному накладена на організаційні зміни. Ідентифіковані наступні стадії: передміркування (ігнорування), міркування (вивчення), приготування (планування), дії (робота), збереження (звичка), повторення (імплементаційне занурення) та завершальний драйв впровадження (успіх, досягнення стійкої практики).

Агенти змін

Для рольових гравців ідентифіковано три різних типи функцій у процесі впровадження – провідник, тренер, водій. Ідеально, щоб

Таблиця 1

Основні аспекти планування тренінгових та навчальних програм

Аспекти	Предмет вибору
Аудиторія	<ul style="list-style-type: none"> • Мультидисциплінарна команда – штат закладу, менеджери (директор, начмед, старші медичні сестри), вузькі фахівці • Акушерський та неонатальний штат – більш короткі курси та оновлюючі курси • Працівники сфер превентивної, соціальної медицини, служба невідкладної допомоги • Професійні організації та їх члени • Тренінг бакалаврів та післядипломний курс для медсестер, акушерок, інтернів з педіатрії, неонатології, акушерства та сімейної медицини • Тренінги для студентів всіх груп фахівців • Курси для родин у клубах підтримки
Час	<ul style="list-style-type: none"> • Тривалі та короткі курси тренінгу в залежності від мети • Межі: від 1 місяця для всебічного навчання до 2 тижнів для деяких аспектів КМС, або 1 година для демонстрації позиції
Коштовність	<ul style="list-style-type: none"> • Низько коштовні vs більш коштовних програм, залежно від масштабу покриття • Встановлення об'ємів витрат грошей при яких демонстрація буде найбільш ефективною
Планування: 1. структура та витрати	<ul style="list-style-type: none"> • Визначаються відповідно до рівня досвіду та кваліфікації • Інтегрується у інші навчальні програми (неонатологія, догляд за низько ваговими дітьми, грудного вигодовування та ін.) • Самостійний КМС модуль або курс • Інтеграція у інші типи тренінгів у країні (планування сім'ї, імунізація тощо)
2. принципи	<ul style="list-style-type: none"> • Відповідно до поширених найкращих освітніх практик • Навчальні підходи: <ul style="list-style-type: none"> - вміст обирається відповідно до бажаних результатів - інтерактивні підходи - уникати механічного зубріння та тільки лекційного матеріалу - брати до уваги індивідуальний освітній стиль - "бачимо одного, готуємо одного, навчаємо всіх" – виконуємо демонстрацію, практику, демонструємо іншим - обирати період моніторингу нових тренерів на новій навчальній моделі • Вибір вмісту-зразку: <ul style="list-style-type: none"> - включає актуальні принципи розвиваючого догляду - годування дітей: відповідно до принципу "Лікарня, доброзичлива до дитини" та міжнародним кодексом з маркетингу заміників грудного молока
3. вміст	<ul style="list-style-type: none"> • Різні комбінації теорії та практики – найбільш часто визначаються аудиторією (інколи потребується більше практичних занять, інші переконуються через теоретичне викладання) • Менеджмент впровадження КМС, особливо там, де метод не практикувався • Основні положення: КМС повинно розпочинатися так швидко, як можливо, так тривало, як це можливо та так часто, як можливо
Тип передачі (програми підвищення)	<ul style="list-style-type: none"> • Дистанційне та електронне вивчення vs один-на-один • Тренування тренерів (каскадна модель) • Тренінг на місці vs тренінгу у центрах майстерності • Навчання для найближчих сусідів • Додаткові тренінги, з або без постійної підтримки протягом певного часу • Мас-медіа кампанії для створення атмосфери сприйняття (газети та інші друковані матеріали, радіо, ТВ, Інтернет)
Тренери, лектори, помічники	<ul style="list-style-type: none"> • Кваліфіковані та досвідчені інструктори • Майстер-інструктори, що мають досвід у КМС • Візити локальних та міжнародних експертів на місце у країну або надання дистанційної підтримки (через електронну пошту, телефон, відеоконференції)
Тренінгові посібники та матеріали	<ul style="list-style-type: none"> • Дуже фундаментальні і всебічні (вичерпні) • Посібники з неонатального або перинатального догляду з включеним модулем КМС • Методичні рекомендації (генеріки) подібні до таких, як практичні рекомендації ВООЗ, посібник для догляду у суспільстві, посібники для матері та дитини • Специфічні державні рекомендації, тренінгові модулі та семінари на локальних мовах • Посібники для інструкторів та учасників тренінгу • Інструменти моніторингу за якістю методу • Доступні для загрузки матеріали на веб-сайтах (посібники, фото, історії, обговорення проблем, вивчення випадків тощо) • Відео-DVD (особливо адаптовані до локальних умов) • Досвід батьків для медичних працівників та інших родин • Інструменти пропаганди для уряду та міністерств, рішення проблем, менеджери, батьки, страхові агентства, спонсори • Брошури, листівка, книги для населення
Оцінка навчання та тренінгу	<ul style="list-style-type: none"> • Досягнення визначених та описаних наслідків та завдань • Компетентність учасника: <ul style="list-style-type: none"> - письмові та усні тести (включаючи багато вибіркові питання) - пре- та пост-тести - демонстрація практичних навичок - огляд практики (може включати індикатори якості КМС) • Список очікувань учасників • Рівень учасників (питальники) • Задоволення учасників (питальники, обговорення у осередках, групові ігри)

Таблиця 2

Таксономія когнітивної поведінки

Розклад зборів	Симуляція
Журнальні клуби	Демонстрація
Виставки	Зразок та пояснення
Платні обходи	Обговорення зміни посад, оцінка робочих відомостей
Маленькі довідники для передачі повноважень медсестер та лікарів (зміна змін)	Оцінка та зворотній зв'язок (дискусії щодо смертності та захворюваності)
Моніторинг клінічної практики через демонстрацію та практичні заняття на симуляторах та тренінги, засновані на майстерності	Повторення ключових посилань
Навчання біля ліжка	Огляд видань з останніми доказами
Навчання один на один	Навчальні бюлетені-дошки
Дискусії у маленьких групах	Презентації
Короткі годинні навчальні сесії	DVD-фільми
Громадський нагляд	Вивчення випадків

неперервне спілкування між цими групами людей (або особистостями) було видимим для стороннього спостерігача. Провідник відповідає за відправну початкову ініціативу, підтримує тренінг та надає рекомендації щодо процесу впровадження. Лектор (тренер) підтримує зусилля провідника у поширенні посилань різними шляхами для слухачів з різними цілями. Водіями (методистами) є всі медичні працівники, хто забезпечує кенгуру-догляд через свою щоденну діяльність та лишається експертом протягом тривалого часу.

Провідники – особи, які ведуть мультидисциплінарну команду. Не дивлячись на те, які шляхи впровадження є точками відправлення у країні або у окремому закладі, передумовою успішного впровадження методу є наявність відданих активних агентів змін, що є «чемпіонами» у своїй діяльності. Такі агенти змін є професійними експертами або локальними тренерами. Крім знань про ефективність, практику та вимоги до КМС, для «чемпіонів» розроблено додаткові рекомендації:

- заглиблення у докази на практиці щодо ефективності КМС
- отримання експертизи щодо можливого економічного ефекту, специфічного для їх регіону (наприклад, коштовність одного дня у палаті інтенсивної терапії проти скороченого перебування через впровадження КМС)
- концептуалізація центрального положення дитини: проведення гуманізованої допомоги коли немовля стає реальною особою для дорослих, включаючи матерів, батьків, медичних сестер та іншого штату
- розпізнавання потреб для інших чемпіонів або підтримуючих агентів з метою створення ін-

формованих, сенситивних гравців всупереч опору та негативному ставленню серед медичних працівників

- внески у національні та локальні протоколи та практику
- міркування над Декларацією Об'єднаних Націй про Права Дитини та Цілями Розвитку Тисячоліття.

У випадку успішного впровадження КМС, індивідуальним провідникам може допомагати мультидисциплінарна команда – іншими словами, програма не руйнується, коли особи-ентузіасти припинають діяльність. Однією з рекомендацій для розвитку такої команди є тренінг ядра мультидисциплінарної команди для країни, регіону, області або закладу. У деяких країнах педіатри, медичні сестри та психологи формують ядро такої команди, у інших – важливу роль відіграють суміжні професіонали – нутриціологи, дієтологи, відповідаючи за ініціативу «Лікарня, доброзичлива для дитини», фізіотерапевти, логопеди та соціальні працівники. Основною проблемою організації внутрішнього фахового тренінгу у системі охорони здоров'я є ідентифікація правильної людини, здібної діяти як провідник. У випадку з кенгуру-доглядом правильна особа для ініціального тренінгу – це особа, що переконана у важливості КМС і знаходиться на позиції керівника у прийнятті рішень, який може діяти, як провідник для всієї команди.

Лектори, тренери та помічники. У додаток до відповідної людини для орієнтації на КМС потрібні ще вірні лектори та тренери. З того часу, як КМС з'явилася як найпростіший метод, вона розвилася і стала набагато складнішою, ніж казалось спочатку і потребує значних ментальних змін медичних працівників, які потребують пла-

нування, тренінг та оцінювання. Окрім наявних посилань, лектори та тренери повинні мати власний досвід щодо проведення КМС и бути здатними поширити його на різних рівнях надання медичної допомоги. Членами Робочої групи зауважено, що початкові інструктори повинні бути кваліфікованими міжнародними або локальними тренерами. Відповідно до одного з посібників з КМС, недосвідчений або некваліфікований тренер ніколи не залучається до тренінгу. Інструкторами є «лікарі, медичні сестри або акушерки, що провели багато років у навчанні КМС матерів» або «освічені кваліфіковані інструктори, яким викладали такі інструктори та які коректно та повністю розуміють метод».

«Чемпіони» (переможці) та ті, що чинять опір. Впроваджувачами є не тільки працівники, що проводять тренінги, але й всі медичні працівники неонатального оточення. Орієнтація штату – подібно до ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» – допомагає із здобуттям кенгуру-політики для закладу. Ротація штату також є фактором, що впливає на тривалість КМС практики, навчання і тренінг. Тривала «придатність» тренерів КМС також може бути визначена, як частина всіх навчальних та тренінгових планів на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Реальний та ідеальний світи рідко співпадають, тому практично завжди спостерігається опір змінам при впровадженні нових практик. Деякі найбільш загальні форми опору, які визначені членами Робочої групи, є: скептицизм стосовно ефектів КМС, небажання змінювати існуючі накази, пов'язані із просторами у відділенні, штатним розподілом, візитами родини та іншою закріпленою політикою у неонатальному догляді, неприйняття додаткової консультативної роботи для штату та додаткові витрати, страх щодо безпеки дітей, якщо більша частина відповідальності при догляді буде покладена на матір та інших членів родини. Відповідно до аналізу перепон у впровадженні встановлено, що медичні працівники часто скептично налаштовані на впровадження методу мати-кенгуру через сприйняття його як технології нижчого рівня. Також важливо враховувати ієрархічні владні відношення, які існують серед різних фахів та які можуть утруднювати впровадження, навчання та тренінг КМС. Крім того, організація медичної допомоги у різних закладах відрізняється, тому плани впровадження часто повинні бути адаптовані до локальних умов.

Позитивне оточення для впровадження повинно створюватися «чемпіонами», наприклад, через створення кампанії ентузіастів, які роз-

повсюджують досвід як частку повсякденного догляду, використовуючи приклади батьків з успішним досвідом КМС. Через таку позицію впровадження може проходити повільно, тому повторення важливих або ключових посилань вважається есенціальним. Накопичення даних доброї якості, що показують результати кенгуру-догляду на практиці вважається невід'ємною частиною процесу змін. Слід також відмітити, що результати пілотного і/або оціночного введення КМС у практику повинні бути модифіковані та удосконалені перед впровадженням у політику закладу або перед переходом на вищий рівень. Послідовний процес може підвищити сприйняття нової практики та зменшити резистентність.

Перехід на вищий рівень – політичний шлях та навчання й тренінг. Коли країна обирає політику наближення до впровадження КМС, слід розглянути декілька додаткових аспектів. Впровадження повинно еволюціонувати з низу вгору, зверху вниз, або як комбінація двох підходів. У деяких країнах впровадження починається з окремих закладів охорони здоров'я, які у подальшому слугуватимуть центрами навчання та тренінгу, можливо, з поступовим розростанням на інші заклади. У інших – поширення йде відповідно до наказів національного, провінціального або регіонарного органів охорони здоров'я. Навчання та тренінг мають основну роль у всіх імплементаційних процесах.

Поступове введення КМС, що підтримується відповідними освітніми стратегіями, може призвести до широкого сприйняття методу, супроводжується меншою резистентністю та кращими результатами впровадження. Деякі країни не мають політичної або урядової підтримки впровадження КМС. Коли метод не визнаний політичними діячами як корисна та зберігаюча кошти інтервенція, зусилля з впровадження фрагментарні та вимагають координації.

З іншого боку, сильна та віддана національна команда визнаних особистостей, що працює в унісон з професійними міжнародними інструкторами, полегшує поширення КМС. Рекомендується створення національного мультидисциплінарного комітету з ключових гравців різних фахів, що мають певні адміністративні та керуючі функції, для організації та контролю впровадження методу на різних рівнях. Колумбія була першою країною, що створила мультидисциплінарну команду з педіатрів, епідеміологів, медсестер, помічників медсестер, психологів та юристів під час створення Фонду кенгуру у 1994 році. Фінляндія, Швеція, Норвегія, Нідерланди, Данія – країни з успішним інтегруванням

кенгуру-догляду у практику завдяки діяльності таких комітетів.

Ініціація впровадження кенгуру-догляду у діяльність великих лікарень (академічних клінік) з подальшим перетворенням їх у національні майстер-центри у країнах або регіонах, де КМС ще не практикувалася, вважається першим можливим кроком впровадження (рис2). Пропозиція стосовно таких центрів включає сертифікацію відділень інтенсивної терапії відповідно до уніфікованих критеріїв та сертифікацію окремих працівників відділення. Автономність таких майстер-центрів як тренінг-закладів значно залежить від продовження фінансування, яке в ідеалі повинно бути включено до бюджету.

При довготривалих навчальних планах з політичною моделлю впровадження доцільно розглянути такий мінімум питань:

Якого роду гласна або широкомасштабна інформаційна кампанія буде корисною?

Хто буде включений у розвиток програми з навчання та тренінгу кенгуру методу?

Що буде представлено у центрі, а що буде опрацьовано через стажування та/або навчання на місці?

Які тренінгові матеріали повинні бути обрані та створені? Що оцінено як оптимальний тип тренінгових матеріалів для кожного особливого оточення?

Які бюджетні резерви створюватимуться для навчання та тренінгу?

Як та де будуть тренуватися люди?

Який професійний склад стажерів потребуватиметься для кожного закладу?

Що можуть очікувати стажери на початковому рівні тренування (протоколи або стандарти процедур, тренінгові програми в своєму власному закладі, наочні матеріали, першоджерела, комп'ютерні програми та тести)?

Яку активність з моніторингу, оцінювання та якості впровадження кенгуру-догляду можна очікувати від закладу?

Як може навчання та тренінг у центрі вплинути на формування національної політики по від-

ношенню до КМС?

Яким чином включити модуль КМС у програми для студентів та у післядипломну освіту медичних працівників?

Подальші рекомендації

Самі по собі навчання та тренінг недостатні для проведення успішного впровадження КМС. Вони повинні супроводжуватися достатньою сенситивністю та створенням усвідомлення важливості КМС, які розвиваються "чемпіонами" в складі активної мультидисциплінарної команди, вірним прикладом, постійною підтримкою керівництва та органами управління охороною здоров'я, відповідною національною політикою і рекомендаціями (наказами).

Незважаючи на універсальні аспекти КМС, країни та заклади можуть створювати навчальні програми іншими способами, обираючи доречні до локальних умов новітні педагогічно-освітні підходи. Навчання та тренінг повинні бути базовані на доказовій основі наукових досліджень та супроводжені відповідними існуючими кращими практиками.

Раніше фокус у навчанні новим методам був сконцентрований на клінічній практиці та лікарняній організації. Досвід багатьох країн довів, що впровадження нових інтервенцій у систему охорони здоров'я ефективно відбувається через використання ретельно обдуманих освітніх пакетів, комбінованих з очними зустрічами з фахівцями на місці або у майстер-центрах.

В подальшому у міжнародному масштабі планується вирішення двох важливих проблем у сфері навчання і тренінгу кенгуру-догляду:

- розвиток міжнародної віртуальної мережі кенгуру майстер-центрів з місцем для практичного та теоретичного обміну та зміцнення кенгуру методу.

- проектування інноваційних навчальних стратегій для посилення неефективних варіантів КМС або тих, що тільки подібні до кенгуру-догляду, але застосовувалися через стрімкий розвиток методу.

Література

1. Bergh A-M, Pattinson RC. The development of a conceptual tool for the implementation of kangaroo mother care // Acta Paediatr. – 2003. – Vol. 92(6). – PP. 709–714.
2. Bergh A-M., Van Rooyen E., Pattinson R.C. 'On-site' versus 'off-site' facilitation: a randomised trial of outreach strategies for scaling up kangaroo mother care//Human Resources for Health. – 2008. – Vol.6. PP. 13–19.
3. Bergman J. Hold your Prem. A Workbook on Skin-to-skin Contact for Parents of Premature Babies.-Cape Town: New Voices Publishing, 2010.
4. Charpak N., Ruiz-Pela J.G. Resistance to implementing kangaroo mother care in developing countries, and proposed solutions//Acta Paediatr. – 2006. – Vol. 95. – PP. 529–534.
5. Conde-Agudelo A., Belizán J.M., Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants//Cochrane Database Syst Rev. – 2011. – Issue 3. – Art. No.: CD002771.[http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub2]
6. Di Clemente C.C., Prochaska J.O. An empirical typology of subjects within stage of change//Addict Behav.-

1995. – Vol. 20(3). – PP. 299–320.

7. Earlier versus later continuous kangaroo mother care (KMC) for stable low-birth-weight infants: a randomized controlled trial/Shuko Nagai S, Andrianarimanana D, Rabesandratana NH, Yonemoto N, Nakayama T, Mori R. //Acta Paediatr. – 2010. – Vol. 99. – PP. 827–835.

8. Hake-Brooks S.J., Anderson G.C. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial//Neonatal Netw. – 2008. – Vol. 27(3). – PP. 156–159.

9. Implementation of kangaroo mother care: A randomised trial of two outreach strategies/ Pattinson R.C., Arsallo I., Bergh A-M, Malan A.F., Patrick M, Pattinson R.C., Phillips N. //Acta Paediatr. – 2005. – Vol.94(7). – PP. 924–927.

10. Ludington-Hoe S.M., Morgan K., Abouelfetoh A. National evidence-based guidelines for Kangaroo Care with preterm infants > 30 weeks postmenstrual age//Adv Neonatal Care. – 2008. – Vol. 8(3 Suppl). – PP. 3–23.

11. Measuring implementation progress in kangaroo mother care/Bergh A-M, Arsallo I., Malan A.F., Patrick M., Pattinson R.C., Phillips N. // Acta Paediatr. – 2005. – Vol. 94(8). – PP. 1102–1108.

12. Nyqvist K.H., Anderson C.G., Bergman N., et al. State of the art and recommendations: Kangaroo mother care: application in a high-tech environment// Acta Paediatr. – 2010. – Vol. 99. – PP. 812–819.

13. Nyqvist K.H., Anderson C.G., Bergman N., et al. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care//Acta Paediatr. – 2010. – Vol. 99. – PP. 820–826.

14. United Nations. We can end poverty: 2015 Millennium Development Goals; undated. <http://www.un.org/millenniumgoals/> (accessed 22 February 2011).

15. World Health Organization. Kangaroo Mother Care: A Practical Guide. Geneva: WHO, Department of Reproductive Health and Research, 2003.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ И ТРЕНИНГУ ПРИ ВНЕДРЕНИИ МЕТОДА МАМА-КЕНГУРУ В ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Т.К Знаменская., Т.В. Курилина

ДУ «Институт педиатрии, акушерства
и гинекологии НАМН Украины»
(г. Киев, Украина)

Резюме. За последние три десятилетия своего существования метод мама-кенгуру приобрел статус безопасного и эффективного метода ухода, который потенциально улучшает выживание и исходы у детей с низкой массой тела при рождении. Несмотря на многочисленные внедрения и усилия приверженцев метода по обучению и тренингу, в некоторых странах существуют трудности с расширением и узакониванием метода в родовспомогательных и педиатрических лечебных учреждениях. Активная дискуссия различных проблем метода мама-кенгуру (KMC) среди международного сообщества "кенгурологов" позволила очертить ключевые вопросы, задачи и определить основные универсальные пути для его внедрения в системы здравоохранения различных стран.

Членами международной Рабочей группы, которая была создана на 7-ой Международной конференции по методу мама-кенгуру, был разработан и предложен треугольный процесс изменений, состоящий из агентов изменений, выбора модели внедрения и пути обучения. Рассмотрены различные функции агентов изменений и разные пути инициации метода. Обучение и тренинг методу мама-кенгуру должны базироваться на доказательных исследованиях, проводиться соответственно лучшим существующим практикам в образовании и быть пригодными для локальных условий.

Ключевые слова: метод мама-кенгуру, недоношенные новорожденные, обучение и тренинг.

THE MAIN APPROACH IN THE EDUCATION AND THE TRAINING IN IMPLEMENTATION'S PROCESS OF KANGAROO MOTHER CARE IN PEDIATRICIAN PRACTICE

T. Znamenska, T. Kurilina

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology
NAMS of Ukraine
(Kiev, Ukraine)

Summary. During the last three decades, kangaroo mother care (KMC) has been established as a safe and effective method of infant care which potentially improves the survival & consequences of low-birth-weight newborns. Despite many implementations, education and training efforts, some countries find it difficult to increase their coverage of KMC and still struggle to get KMC institutionalized in maternity and pediatrician institutions. Active discussion of implementation's problems in "kangarooologist" society makes it possible to outline key-questions, targets and to detect principal universal ways of its implementation in health care of different countries.

A triangular change process which included change agents and the choice of the way of implementation and educational models was proposed by members of the Working group which was created on the 7th International conference on KMC. The different functions for change agents and different pathways for initiating KMC were discussed. Education and training in KMC should be based on the evidence produced by research, conducted according to current best practice in education and locally applicable.

Keywords: kangaroo mother care, preterm newborns, education & training.