



METOD "MAMA KENGUR"

IDEASS KOLUMBIJA

Inovacije u Cilju Razvoja i Saradnje Jug-Jug



Autor Hektor Martinez

Uvod

“Mama kengur” je inovativni metod lečenja i van bolničke nege za prevremeno rođenu decu i decu male telesne težine pri rođenju. Toplota, laktacija i položaj kengura predstavljaju temelje ovog metoda. Međutim, ono što novorođenčadima više od bilo čega drugog omogućava da prežive je brižni odnos pun ljubavi koji se uspostavlja između majke i deteta. Važan emotivni i fizički podsticaj koji je stalno prisutan, poboljšava i garantuje respiratorni i srčani ritam. Glas majke, njeno tepanje, porodica koja je tu prisutna, svi zajedno imaju funkciju okidača sa neurološkog i kognitivnog aspekta. Majka - a ne lekari u bolnici - je ta koja je zadužena i odgovorna za brigu o svojoj bebi.

U septembru 1979, u Institutu za majku i dete u Bogoti, Kolumbija, doktor Ektor Martines Gomes /Hector Martinez Gomez/ i Edgar Rej Sanabria /Edgar Rey Sanabria/ počeli su da menjaju tradicionalni način nege prevremeno rođene dece i beba male telesne težine. Novi metod je nazvan “Program mama kengur”. Naziv je proistekao iz sličnosti između načina na koji kengur nosi svoju bebu nakon rođenja i načina na koji majke u ovom programu nose svoje prevremeno rođene bebe.

Metod “Mama kengur” je model bezbedne i humane nege kod kojeg je odnos između troška i koristi veoma značajan a zahvaljujući kojem se omogućava ne samo viša stopa preživljavanja već i bolji kvalitet života. Ovaj model se može primenjivati u razvijenim zemljama kao i u tehnološki manje razvijenim zemljama. Međutim, metod “Mama kengur” pre svega obezbeđuje jačanje tesne veze između majke i deteta i pruža potrebnu pomoć i emocionalnu ravnotežu. Ovaj metod predstavlja kombinaciju nege u bolnici, clinic (dispanzeru) i vlastitom

domu i omogućava bolje rezultate od skupljeg produženog boravka u bolnici koji postoji kao alternativa. Procenjeni trošak nege prevremeno rođene dece u jedinici za intenzivnu negu u Sjedinjenim Državama je otprilike US\$ 3.000 do \$ 5.000 dnevno (UNICEF). Slična nega u zemljama u razvoju procenjena je na US\$ 200 dnevno, dok za razliku od nje, ovaj program košta samo US\$ 4,60 za posetu bolnici.

UNICEF prati razvoj metoda “Mama kengur”i pruža mu odgovarajuću podršku. Od 1979, ova inovacija se udvostručila u većini latinoameričkih zemalja, u nekoliko evropskih zemalja, u nekim državama SAD, u Aziji i Africi. Metod je usvojen na mestima koja se potpuno razlikuju jedna od drugih, kao što je Nacionalni institut za majku i dete u Limi (Peru) i Bolnica Senderborg /Soenderborg/ (Danska).

Na 44. Plenarnom zasedanju Svetske zdravstvene organizacije, Ektor Martinez i Edgar Rej dobili su nagradu za zdravstvo SASAKAVA za 1991.

Koji problem se ovim rešava?

Metod "Mama kengur" nastao je u Kolumbiji krajem 70-tih godina kao pragmatičan odgovor na kritičnu situaciju prenaseljenosti i ne naročito humanu praksu razdvajanja novorođenih beba od svojih majki. Odeljenja za novorođenčad su bila karakteristična po ograničenim visokotehnološkim resursima i po izuzetno visokoj smrtnosti beba male telesne težine.

Štaviše, mogućnost prenosa infekcija kod ovih beba pogoršavala je prognozu. U početku, program nije bio zamišljen kao kontrolisani eksperiment. On se, zapravo, pojavio kao alternativa prekomernoj

upotrebi visoke tehnologije koja je, zamenjujući majku, izgubila iz vida humani element koji je nezamenljiv u adekvatnom fizičkom i emocionalnom razvoju prevremeno rođene dece, ili novorođenčadi male telesne težine.

Početakom 80-ih, Institut je prešao iz kategorije opšteg porodilišta u porodilište trećeg nivoa za negu visokorizičnih slučajeva trudnoće i novorođenčadi. Zbog specifične kategorije pacijenata, u bolnici je došlo do smanjenja broja porođaja sa otprilike 21.000, 1979. godine na 8.600, 1987. godine.

Uprkos tome, broj dece male telesne težine ostao je isti, otprilike 15% od ukupnog broja živorođene dece.

Procenjuje se da je u periodu od 1977 – 1984. prosečna stopa smrtnosti novorođenčadi među svom decom bila 52 slučaja na 1.000 živorođenih beba (Dijas i Belman /Diaz y Bellman/, 1984.). Prema bolničkoj statistici, pre početka programa "Kengur", ni jedno dete telesne težine ispod 1.000 grama pri rođenju nije preživljavalo, dok je 35% preživljavalo u grupi čija je težina bila od 1.001 do 1.500 grama a 81% u grupi dece težine od 1.501 do 2.000 grama (Martines i Rej, 1983.).



Do kraja 70-tih godina smatralo se da su brojke koje se odnose na decu male telesne težine pri rođenju neprihvatljive. Nedostatak tehničkih resursa značio je da je više od jednog deteta trebalo da se stavi u inkubator a tu je bio i problem prenosa infekcija; s obzirom da su deca bila odvojena od majki, situacija je vodila ka lošoj prognozi.

Ozbiljnost ove situacije i želja da se poboljša pažnja u humanom i naučnom smislu naveli su osoblje Instituta da traži brzo rešenje. Prvi korak je bio zamena veštačke ishrane majčinim mlekom. Majke koje mogu da hrane svoje bebe i da budu sa svojom decom što je moguće pre, podstiču se da uđu u odeljenja za negu novorođenčadi da bi ih neposredno hranile i da bi stvorile tu, nadasve, važnu prisnost. Kada bebe nije bilo moguće dojiti davano im je mleko koje su njihove majke izmuzle ili mleko ostalih majki u bolnici.



Smanjenje infekcija zahvaljujući antitelima prisutnim u majčinom mleku zajedno sa jačanjem odnosa prisnosti između majke i deteta bili su glavna korist od ovog postupka.

Osoblje u okviru ovog programa ustanovilo je da su ovi napori glavni razlog trenutnog smanjenja gastrointestinalnih infekcija kod beba male telesne težine pri rođenju i u odelenjima za negu novorođenčadi. Uspostavljanjem dojenja u odelenjima za negu novorođenčadi, sprovedena je u delo i centralna ideja ovog programa. Ostali koraci, kao što je položaj kengura (kontakt golom kožom) i pregledi u dispanzeru značili su da je majka postala direktno odgovorna za brigu o svom malom detetu – i da je bila spremna da tako i postupa.

Najvažnija promena odnosila se na brigu o prevremeno rođenoj deci ne na osnovu njihove težine već na osnovu kliničkih uslova, uz nastojanje da se deca otpuste iz bolnice što je pre moguće nakon rođenja. Ovim je smanjen rizik od prenošenja infekcija. Položaj kengura i poseta dispanzeru odmah nakon otpuštanja iz bolnice bile su dopuna razvoja ovog novog metoda.

CILJEVI METODA “MAMA KENGUR”

- Pобољшanje prognoze i razvoja dece male telesne težine
- Podsticanje bliskog odnosa između deteta i majke što je moguće pre nakon rođenja
- Humanizacija bolničke i nege u dispanzeru prevremeno rođenih beba
- Podučavanje majki kako da svom detetu pruže najbolju moguću negu kod kuće
- Racionalnija upotreba tehnoloških resursa, pogotovo kada su oni ograničeni
- Smanjenje troškova hospitalizacije

Metod “Mama kengur” predstavlja značajan model koeficijenta troškova i koristi u okviru kojeg je poboljšana stopa preživljavanja prevremeno rođene dece kao i kvalitet života a izbegava se napuštanje deteta (koje je toliko često u ovakvim slučajevima).

Metod predstavlja kombinaciju bolničke, dispanzera i kućne nege, čime se postižu bolji rezultati od skuplje alternativne produžene hospitalizacije.

Mobilna nega kod kuće omogućava da se ne koriste ultrazvuk i monitori; beba ne koristi inkubator, čime se izbegavaju bolničke infekcije, a ovim se štedi bolnička upotreba lekova i ostale bolničke opreme i usluga.

Metod "Mama kengur" u praksi

Zahvaljujući metodu "Mama kengur" beba nedovoljne telesne težine napušta bolnicu i odlazi kući sa svojom majkom što je pre moguće nakon rođenja, a nakon što se potvrdi da je njeno kliničko stanje stabilno. Pre napuštanja bolnice, majka učestvuje u procesu adaptacije i obrazovanja na osnovu metodologije ovog programa.

Kod kuće, majka vodi stalnu brigu o svojoj bebi slično bebi kengura, držeći bebu ispod svoje odeće u dodiru sa svojom kožom. Jedna od stvari koje se najviše naglašavaju tokom perioda adaptacije jeste ishrana, koja mora biti isključivo na bazi majčinog mleka. Obrazovanje majki i briga o bebinom zdravlju nastavlja se nakon otpuštanja iz bolnice, u okviru poseta dispanzeru.

OSNOVNI ELEMENTI METODA "MAMA KENGUR"

- Brzi povratak beba koje su u dobrom kliničkom stanju, svojim kućama, bez obzira na njihovu težinu.
- Isključivo dojenje, kao jedini izvor ishrane i zaštita tokom prvih meseci života.
- Položaj kengura kako bi se obezbedila toplota, ljubav, stimulacija, opuštanje i bezbednost zahvaljujući majčinoj nezi.
- Obrazovanje majke u pogledu nege za svog malog sina ili ćerku.
- Van bolnička nega nega u cilju praćenja rasta i razvoja bebe i nastavljanja obrazovanja majke.

Beba se stavlja na majčine grudi, direktno na голу kožu u položaju žabe, uspravno, kako bi se izbeglo zagrcavanje i udisanje tečnosti u bronhije. Tu, pod majčinom odećom, dete mora ostati 24 sata dnevno, čak i kada spava. Majka treba da spava u polusedećem položaju. Ukoliko joj je potrebno vreme za ličnu higijenu ili druge potrebe, otac, starija braća ili sestre, ili bilo koji drugi član porodice može odmeniti majku. Bliskost majke – njeno maženje, njen glas, otkucaji srca – smatra se važnim faktorom podsticaja disanja deteta kako bi se izbegla apnea. Stalni kontakt sa kožom pomaže



OSNOVNI PRINCIPI METODA "MAMA KENGUR"

LJUBAV

Ishrana
Rani kontakt
Van bolnička nega
Senzorna stimulacija

TOPLINA

MAJČINO MLEKO

novorođenčetu da održi odgovarajuću telesnu temperaturu i podstiče razvoj tesne emocionalne veze između majke i deteta. Ljubav, toplina i majčino mleko predstavljaju suštinu metoda "Mama kengur".

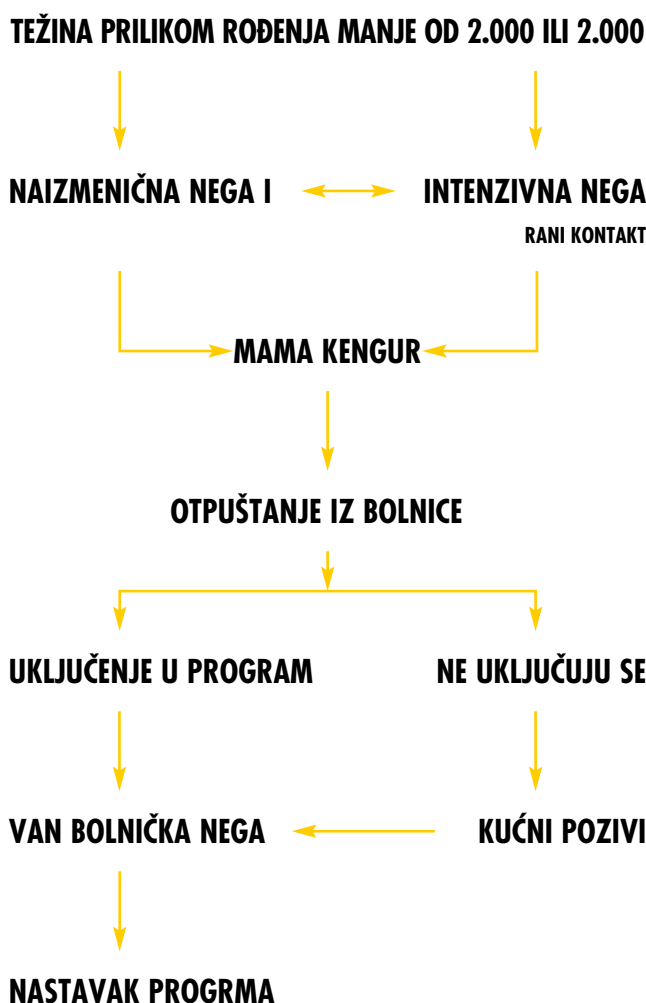
KRITERIJUMI ZA PRIJEM U DISPANZER

Generalno, program se bavi novorođenčadima čija telesna težina iznosi manje od 2.000 grama pri napuštanju bolnice, s obzirom na to da novorođenče veće težine nema potrebe za negom na osnovu metoda "Mama kengur".

Majke čija novorođenčad ostaju u bolnici mogu ući u odeljenje za negu novorođenčadi nekoliko puta na dan pre nego što dete bude otpušteno iz bolnice, da bi nahranile svoje bebe i držale ih u položaju kengura. To vreme se koristi za obrazovanje majki u vezi sa značajem hranjenja majčinim mlekom, ispravnog načina održavanja položaja kengura kako bi se prenela toplina i izbeglo udisanje u bronhije i da bi se podstakao topao odnos između majke i deteta.

Uključenje beba u program "Kengur" vrši se prema sledećoj šemi redosleda događanja, gde se kao početna tačka koristi kliničko stanje novorođenčeta i Apgar ocena prilikom rođenja.

ŠEMA REDOSLEDA DOGAĐANJA NA OSNOVU KOJE SE VRŠI UKLJUČENJE U PROGRAM "MAMA KENGUR"



Kriterijumi koji se koristi za otpuštanje iz bolnice obuhvataju majku isto koliko i novorođenče. Kliničko stanje novorođenčeta, pre nego njegova težina, predstavlja odlučujući faktor za brzo otpuštanje iz bolnice. Finalnim fizičkim pregledom određuje se datum otpuštanja. Majke bi trebalo da budu u dobrom fizičkom stanju i spremne da preuzmu odgovornost za specijalnu negu svog prevremeno rođenog sina ili ćerke.

Kada je to moguće, ni jedno dete se ne otpušta petkom ili subotom, ukoliko je dispanzer preko vikenda zatvoren. Hitni slučajevi se uvek zbrinjavaju, čime se deci garantuje briga 24 sata na dan sedam dana nedeljno.

GENERALNI KRITERIJUMI ZA BRZO OTPUŠTANJE IZ BOLNICE

NOVOROĐENČE

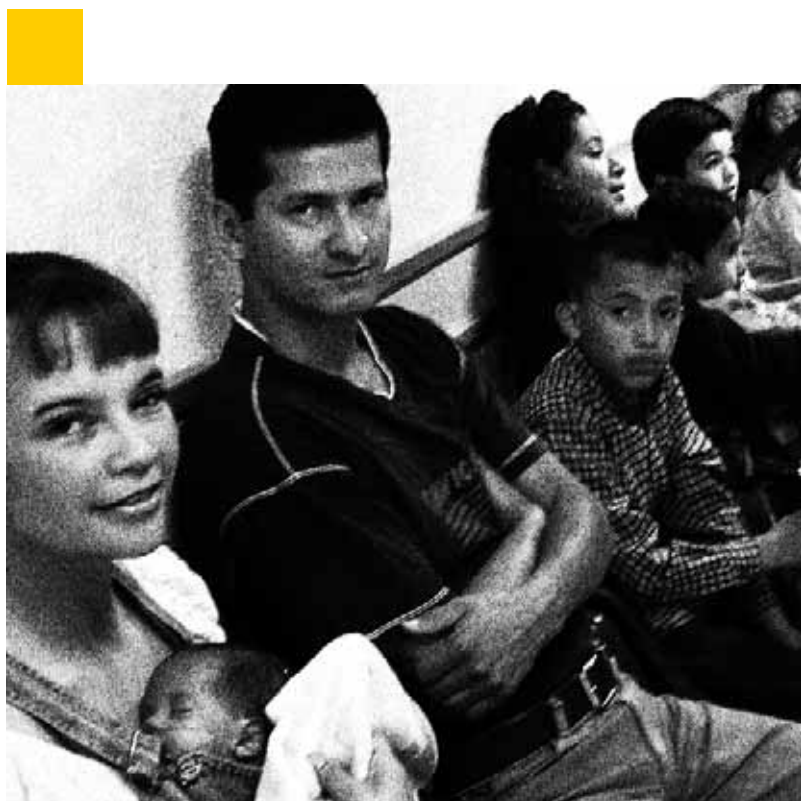
- Nema: teškoća prilikom disanja; infekcija; neuroloških problema; metaboličkih poremećaja; hipoglikemije; hipokalcemije; itd.
- Ima: sposobnost sisanja; dobru reakciju na stimulanse; mogućnost održavanja stabilne temperature u položaju kengura.
- Težina ne predstavlja odlučujući faktor za otpuštanje

MAJKA

- Nema: infektivnih obolenja; psiholoških problema.
- Ima: fizičke i mentalne sposobnosti da hrani i čuva svoje dete u položaju kengura.
- Obuka u vezi sa: isključivom ishranom majčinim mlekom; položajem kengura; brigom za stanje deteta; stimulacijom deteta; redovnim posetama dispanzeru nakon otpuštanja.

VAN BOLNIČKA NEGA

Nakon perioda adaptacije u jedinicama za negu novorođenčadi, majke i novorođenčad koja ispunjavaju kriterijume za napuštanje bolnice, otpuštaju se, a u dispanzer odlaze po mogućnosti dan nakon napuštanja bolnice.



Osoblje koje pregleda novorođenčad u dispanzeru obuhvata doktora pedijatra, kvalifikovanu sestru, pomoćnika sestre, kao i doktore i sestre prilikom obuke. Osoblje podstiče majke da dođu na u dispanzer koliko god puta je potrebno tokom prvih nedelja i meseci života i omogućava im da to čine. Za vreme pregleda kod doktora, majke najmanje prevremeno rođene dece drže svoju decu u položaju kengura ispod svoje odeće. Tu dete dobija toplotu i stimulaciju koja mu je potrebna. Nije neuobičajeno da neki drugi član porodice, često otac, bude onaj koji dete drži u položaju kengura dok pohadja obrazovne sesije-razgovore ili čeka red za pregled bebe. Dok su zajedno u grupi, majke se međusobno upoznaju a time se podstiče razmena iskustava potrebnih za negu beba. Između majki u programu i osoblja koje ih vodi stvara se topla atmosfera koja je veoma pozitivna i od velike pomoći.



Pre početka medicinskog pregleda, osoblje u okviru programa (pedijatri, sestre i nutricionisti) koriste priliku dok su majke zajedno u grupi, da im pruže kratke obrazovne sesije-razgovore koji mogu biti dopunjeni audio vizuelnim pomagalicama. Teme koje su tu obuhvaćene uključuju i one od značaja za majčino mleko, hranljivu vrednost raznih vrsta hrane, vakcinaciju, merenje telesne temperature, razvoj novorođenčeta i adekvatnu stimulaciju i ustanovljavanje alarmnih signala.

Kada se obrazovna sesija završi medicinsko tehničko osoblje je zaduženo za merenje težine i visine i cefalnog prečnika bebe i evidentiranje podataka u odgovarajući karton. Medicinsko osoblje tada prelazi na klinički pregled svakog deteta, beležeći fizičko stanje deteta, koliko je dobilo na težini, podatke o rastu i razvoju i podučava majku kako da postupa sa detetom u okviru vanbolničke nege.

Terapeut i psiholog poklanjaju specijalnu pažnju psihomotornom razvoju koristeći razne merne skale i evaluacione skale. Takođe rade sa majkama u vezi sa razvojem njihove dece, upućujući ih u pitanje odgovarajuće stimulacije i pokazujući im kako da naprave igračke kod kuće koje su jeftine a kod kojih se koriste razne boje kako bi se podstakao proces stimulacije deteta. Majkama se pokazuje kako da stimulišu pet čula svojih beba.

Nakon prve posete, za koju se preporučuje da bude što je moguće pre nakon otpuštanja iz bolnice, roditelji se mogu vraćati koliko god puta žele. Sasvim male bebe mogu i trebalo bi da dolaze svakodnevno, a kako beba raste posete se smanjuju sve dok ne spadnu na jedan put mesečno. Postoji i telefonski broj koji majke mogu da okrenu radi kontakta sa clinic ukoliko je potrebno. Osoblje je veoma spremno da sasluša sve probleme koje majka ima, često rešavajući njene brige preko telefona.

Dečaci ili devojčice koje zbog svog kliničkog stanja ostanu duže u jedinici za intenzivnu negu, takođe mogu imati koristi od direktne materinske nege, a naročito od sisanja majčinog mleka i razvoja nežne bliskosti između majke i deteta.

Rezultati

Metod "Mama kengur" predstavlja značajan model odnosa između cene koštanja i koristi, pomoću kojeg se poboljšava stopa preživljavanja i kvalitet života prevremeno rođenih beba i izbegava odvajanje koje je tako često u ovakvim slučajevima. Metod u kojem je kombinovana bolnička i van bolnička i kućna nega, postigao je bolje rezultate od skuplje alternative - produžene hospitalizacije.

Tokom više od 20 godina primene metoda "Mama kengur", Institut za majku i dete u Bogoti razvio je filozofiju koja je drugačija od tradicionalnih metoda. Majka (a ne bolnica i ne medicinsko osoblje) je ta koja je zadužena za negu svog prevremeno rođenog deteta. Pristup koji ima odelenju za negu novorođenčadi, dojenje i kontakt sa svojom bebom, od presudnog su značaja za stimulisanje stvaranja tesne veze koja joj pomaže da usvoji i nauči tehnike nege koje podrazumeva metod "Kengur". Otvorene prijateljske i efikasne posete dispanzeru omogućavaju da se obave potrebni naknadni pregledi.

Primećeno je da se težina tokom prve godine života povećava 4,5 puta u odnosu na težinu pri rođenju. Rast tokom prve godine života iznosi u proseku 28 santimetara. Ono što je veoma važno jeste da se obim glave povećava u proseku 14,5 santimetara tokom prve godine života.



Koristi od položaja majke kengura važe i za majku i dete. Uspravni položaj štiti bebe od bronhijalne aspiracije, što predstavlja jedan od uobičajenih uzroka obolenja i smrti kod beba male telesne težine. Stalni kontakt sa majčinim grudima stimuliše proizvodnju mleka, što je inače čest problem kod majki i beba male telesne težine kada su razdvojene tokom dužeg perioda vremena. Sociološke koristi od bliskog fizičkog kontakta između majke i deteta odnose se na smanjenje problema odvajanja (Vajtlo i Slit /Whitelaw and Sleath/, 1985; Martines i Rej, 1983).



Demonstracija pozitivnih rezultata izvršena je kroz nekoliko evaluacija obavljenih na raznim mestima i u raznim zemljama, zahvaljujući činjenici da program funkcioniše već na pet kontinenata. U bolnici Hudinge /Huddinge/ u +S+vedskoj, u saradnji sa Svetskom zdravstvenom organizacijom, napisan je članak o efikasnosti položaja kengura i direktnog kontakta preko kože kao metoda za održavanje odgovarajuće temperature (WHO, 1986). Rezultati pokazuju da kod bebe od 2000 grama, koja je obučena u prostoriji na sobnoj temperaturi, mnogo bolji direktan kontakt preko kože nego toplota koja se

obezbeđuje termalnim čebetom, inkubatorom sa toplim dušekom i specijalnom srebrnom tkaninom ili običnim inkubatorom. Kontakt između majke i bebe doprinosi da beba ne plače, a plač je razlog dodatnog utroška energije. Ovim se takođe ponovno uspostavlja fetalna cirkulacija (Anderson, 1986). Položaj kengura doprinosi tome da se bebe izoluju od infekcija a takođe, majke mogu stalno da ih drže pod budnim okom. Majčino milovanje, njen glas, njeno tepanje pa čak i otkucaji njenog srca predstavljaju važne faktore za stimulaciju bebe, za njeno disanje i prevenciju ponavljanja apnee, što je čest slučaj kod prevremeno rođene dece.

Sprovođenje metoda "Mama kengur" u ostalim gradovima u Kolumbiji i u drugim zemljama u dve Amerike, Evropi i Aziji omogućio je da se program prilagodi raznim uslovima. On je takođe podstakao ispitivanja u vezi sa objektivnim merenjem preimućstava i koristi metoda "Mama kengur", pri čemu se pažljivo ocenjuje bezbednost metoda u pogledu održavanja telesne temperature, srčanog i respiratornog ritma, prevencije apnee i bronhijalnog aspiracije. Kao najvažnije, u ovim studijama je izvršena ocena značaja konstantne stimulacije pokretom, milovanjem, tepanjem, pevanjem i mirisom koje beba dobija od svoje majke.

Medunarodno interesovanje

Metod "Mama kengur" ima podršku regionalne kancelarije UNICEF-a za Latinsku Ameriku i Karipsku oblast. Pored toga što je autorima ove inovacije dodelila nagradu, Svetska zdravstvena organizacija daje podršku primeni metoda "Mama kengur". Norma ovog programa koja se odnosi na isključivu ishranu majčinih mlekom je u skladu sa Svetskom zdravstvenom organizacijom, koja smatra da je majčino mleko idealno i da obezbeđuje specifične hranjive sastojke koji su potrebni prevremeno rođenom detetu, kao i imunološke komponente koje su jednako značajne i da ono omogućava adaptaciju nezrelih organa za varenje (WHO 1985. i Anderson 1986.).

Ovaj metod je primenjen u bolnici Hamersmit /Hammersmith/ u Londonu gde su postignuti dobri rezultati. Smanjeno je hranjenje beba težine ispod 1.500 grama preko cevčice; došlo je do boljih rezultata kod oporavka od ozbiljnih obolenja, a zahvaljujući položaju kengura koji je primenjen u jedinici za intenzivnu negu, nisu bili potrebni produženi boravci u bolnici (Vajtlo i Slit, 1985). Bebe su bile podvrgnute nezi na osnovu metoda "kengur" već od trećeg dana života a primećeno je da je ovaj položaj stimulisao proizvodnju majčinog mleka. Pored toga, bebe koje su imale manje od 700 grama težine, mogle su da održe svoju telesnu temperaturu i da ne pate od apnee. Slično iskustvo zabeleženo je i u Diseldorfu, Nemačka i u bolnici Senderborg u Danskoj, gde je primenjen ovaj metod i gde je postignuta stabilna respiracija kod dece koja su hranjena oralno (Anderson 1989. i Meler-Jensen /Moeller-Jensen/ 1987.). U švedskoj je dozvoljeno da se odjocadi, kojim su davani dodaci ishrani, daje i majčino mleko u položaju kengura.



Godine 1986. u bolnici San Gabriel u La Pazu, Bolivija primenjen je program za bebe čija težina iznosi manje od 1000 grama. U prvoj godini, u okviru ovog programa praćeno je 25 beba koje su rođene nakon 34 i 36 nedelje trudnoće a čija je težina pri rođenju iznosila od 1.501 do 2.000 grama (Jasik et al /Yasick et al/, 1986.). Dužina boravka u bolnici za vreme perioda praćenja iznosila je 12 dana. Najčešći uzroci obolevanja za vreme perioda praćenja odnosili su se na respiratorne organe. U studiji se takođe navodi da su aspekti psihomotornog razvoja, koordinacije i adaptacije kao i razvoj govornog jezika bili potpuno normalni i da su čak dosegli više parametre nego kod beba koje su bile podvrgnute tradicionalnoj nezi u inkubatorima. Godine 1987, u Institutu majka i dete u Limi, Peru, pokrenut je program ranog otpuštanja iz bolnice (Urkizo /Urquizo/, 1988.). Tokom te godine postupku je bilo

podvrgnuto 70 prevremeno rođenih beba gestacione faze od 32 do 36 nedelja, koje su pri rođenju imale težinu od 1.400 do 2.000 grama. Prosečni boravak u bolnici u slučaju polovine ovih beba iznosio je nedelju dana. Brazil ima više od 60 programa "Mama kengur", sa poznatim rezultatima i koristima.

Primena metoda "Mama kengur" i sličnih iskustava, izvršena je i u drugim gradovima u Kolumbiji. U Bogoti su i druge bolnice pokrenule programe ranog otpuštanja iz bolnice. U Latinskoj Americi programi "Mama kengur" sprovode se u Boliviji, Brazilu, Kosta Riki, Kubi, Ekvadoru, El Salvadoru, Gvatemali, Hondurasu, Meksiku, Nikaragvi i Peruu. Medju industrijalizovanim zemljama koje sprovode metod "Mama kengur" nalaze se Nemačka, Danska, Španija, Sjedinjene Države, Francuska, Engleska, Italija, Holandija i švedska, i druge.

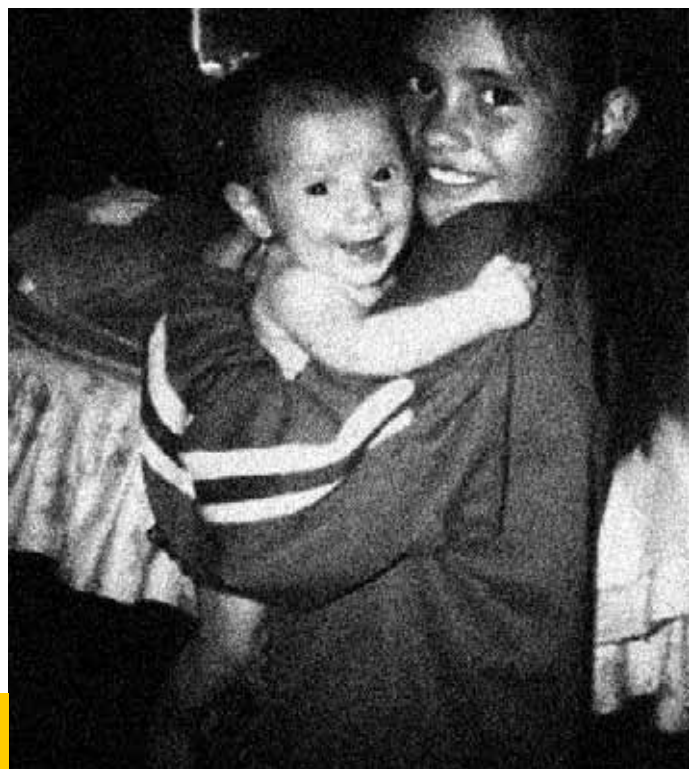
Usvajanje metoda “Mama kengur” u drugim zemljama

Institucija koja sprovodi program “Mama kengur” je Institut za majku i dete u Bogoti, Kolumbija. Ekipa zadužena za ovaj program stoji na raspolaganju za pružanje tehničke pomoći prilikom primene metoda “Mama kengur” u drugim zemljama zainteresovanim za primenu ovog iskustva. U Bogoti postoje i druge institucije, kao što je klinika Santa Bibiana, gde se pruža obuka u vezi sa ovom metodologijom.

Svo osoblje koje u Latinskoj Americi i evropskim zemljama sprovodi ovu metodologiju obučeno je u Institutu za majku i dete u Bogoti. Programi koji su ustanovljeni na skoro celoj teritoriji dve Amerike uključuju termine za obuku onih koji žele da nauče metod “Mama kengur”. U Brazilu postoji mnoštvo različitih programa koji mogu biti dobar izvor iskustva, ukoliko je potrebno fizičko prisustvo.

Metod “Mama kengur” ne predstavlja ništa drugo do jedan, u suštini, prirodan metod, gde majka vodi brigu o podizanju svog deteta. Stoga, njegovo usvajanje je lako i pretpostavlja minimum elemenata. Pod nadzorom pedijatra, medicinske sestre ili obučenog lekara opšte prakse, majka brzo bude motivisana da uspostavi kontakt sa svojom bebom, uspostavljajući vezu koja će od tog trenutka biti suština procesa podizanja bebe, uz opisane elemente, na jednostavan način i uz minimum troškova. Humani i naučni pristup bolničkog osoblja olakšava majci da uradi ono što svaka majka zna i želi: da neguje svoje dete.

Ova metodologija se može primeniti u bolnici za majku i dete ili u opštoj bolnici koja uključuje i porodajno odeljenje. Bolnica može da otvori i kliničko odeljenje za potrebe pregleda ovih beba. Takođe mogu biti predviđene periodične kontrole u instituciji prvog nivoa.



Postupak podizanja deteta je uvek bio prirodan, a u okviru ovog parametra, program kengur se može primeniti u skladu sa uslovima i potrebama svakog mesta. Ono što je najneophodnije je spremnost da se sa medicinskog stanovišta prati nešto što je priroda obezbeđivala tokom cele istorije čovečanstva: rođenje deteta i preduzimanje svega što je potrebno da dete uspostavi kontakt sa svetom. Zdravstvene institucije potpomažu i obezbeđuju uslove za razvoj zdravlja svojih stanovnika.

Bibliografija

- Díaz-Rosello, José Luis and Martín Bellman (1984), Evaluation of the Ambulatory Care of Prematures after Early Discharge from the Hospital and a New Method for the Rational Treatment of Prematures known as "Mother Kangaroo" /Procena ambulatne nege prevremeno rođenih beba nakon ranog otpuštanja iz bolnice i novog metoda racionalne nege prevremeno rođene dece poznatog kao "Mama kengur". Preliminarni izveštaj na osnovu zajedničke konsultacije CLAP-PAHO/ WHO, Doc.Int. CLAP 48-84, Montevideo, Uruguay.
- Rey Sanabria, Edgar y Héctor Martínez Gómez (1983), Manejo Racional del Niño Prematuro. 1 Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Fundación Vivir, Bogotá, Colombia, pp. 137-151.
- World Health Organization (1985a), Feeding the Low-Birth-Weight Infant. /Isхранa novorođenčeta male telesne težine/ Pregled novije literature WHO/MCH/85.9, WHO, Geneva.
- World Health Organization (1985b), /Isхранa novorođenčeta male telesne težine/. WHO/MCH/85. 10. WHO, Geneva.
- Anderson, Gene, Elizabeth A. Marks and Vivian Wahlberg (1986), Kangaroo Care for Preterm Infants /Nega prevremno rođenih beba metodom "Kengur". American Journal of Nursing, 86: 807-809.
- Whitelaw, Andrew and Katherine Sleath (1985), Myth of the Marsupial Mother: Home Care of Very Low Birth Weight Babies in Bogotá, Colombia. /Mit o majci torbaru: kućna nega beba rođenih sa veoma malom telesnom težinom u Bogoti, Kolumbija./ Lancet 1206-1208.
- Lozano, Paula M., José Luis Díaz-Rosello and S.M. Tenzer (1985), Impaired Growth of Low Birth Weight Infants in an Early Discharge Programme. /Poremećaj rasta kod novorođenčadi male telesne težine pri rođenju u okviru Programa ranog otpuštanja iz bolnice/, Documento no publicado. Centro Latino-americano de Perinatología (CLAP-PAHO/WHO), Montevideo, Uruguay.
- World Health Organization (1986), Appropriate Technology for Thermal Control of the Newborn Baby /Odgovarajuća tehnologija toplotne kontrole novorođenčadi/. WHO/MCH/86.8. WHO, Geneva. Premies. Newsweek, May 16, 1989, p. 67.
- UNICEF (1988a), Mother Kangaroo Programme. Ambulatory Treatment for Premature Babies. Promotional Pamphlet /Program "Mama kengur". Ambulantna nega prevremeno rođenih beba. Promotivni pamflet/, UNICEF, Bogotá, Colombia.
- Anderson, Gene C. (1989), Skin-to-Skin: Kangaroo Care in Western Europe /Koža na kožu: Nega na bazi metoda "Kengur" u Zapadnoj Evropi/ American Journal of Nursing, 89: 662-666.
- Möller-Jensen, H. (1987), The Kangaroo Method Used in Practice at the Sónderborg Hospital, Denmark, /Metod "Kengur" primenjen u praksi u bolnici Senderborg u Danskoj/ in Sygeplejersken 7:16-18.
- Yaksic, Pedro, Jorge Domic, María C. Abela, and Eddy Jiménez (1986), Informe del Proyecto "Manejo Ambulatorio del Niño de Bajo Peso". Documento no publicado. Fundación San Gabriel, La Paz, Bolivia.
- Urquiza, Raúl, (1988), Método Madre Canguro. Documento no publicado. Instituto Nacional Ma-terno Infantil (INAMI) Hospital San Bartolomé, Lima, Perú.
- Hospital Roosevelt y Hospital Gineco-Obstetra IGSS (1988), Manejo Integral del Recién Nacido de Bajo Peso con Enfoque en el Programa Madre Canguro. Documento no publicado. Guatemala.
- UNICEF Oficina Regional para América Latina, el Caribe (1988b), Madre Cangurouna luz de esperanza. Video (14 minute), Bogotá, Colombia.
- De Leeuw R, et al, Physiologic effects of Kangaroo care in very small preterm infants /Psihološki efekti nege na bazi metoda "Kengur" kod veoma malih prevremeno rođenih beba/. Biology of the Neonate, 1991, 59:149-155.
- Syfrett EB, et al. Early and virtually continuous Kangaroo care for lower-risk preterm infants: effect on temperature, breast-feeding, supplementation and weight. In: Proceedings of the Biennial Conference of the Council of Nurse Researches /Rana i praktično stalna nega na bazi metoda "Kengur" kod prevremeno rođenih beba sa manjim rizikom: efekat na temperaturu, dojenje, dodatke ishrani i težinu. U: Zborniku dvogodišnje konferencije Saveta medicinskih sestara-istraživača. Washington, DC American Nurses Association, 1993.
- Cattaneo A, et al, Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. /Preporuke za primenu nege novorođenčadi male telesne težine na bazi metoda "Mama kengur"/ Acta Paediatrica, 1998, 87:440-445.
- Ludington-Hoe SM, et al, Select physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. Journal of Developmental Physiologic /Izabrane fiziološke mere i ponašanje tokom kontakta sa kožom roditelja kod prevremeno rođenih beba u Kolumbiji. +C+asopis za razvojnu fiziologiju/, 1992, 18:223-232.
- Ludington-Hoe, SM, and JK Swinth, Developmental aspects of kangaroo care /Razvojni aspekti nege na bazi metoda "Kengur"/. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1996, 25:691-703.
- Affonso D, Wahlberg V, Persson B, Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care /Ispitivanje reakcija majke na metod "Kengur" u nezi prevremeno rođenih beba/. Neonatal Network, 1989, 7:43 51.
- Acolet D, Sleath K, Whitelaw A, Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers /Oksigenizacija, srčani ritam i temperatura kod novorođenčadi male telesne težine za vreme direktnog kontakta sa kožom majke/. Acta Paediatrica Scandinavica, 1989, 78:189-193.

Za više informacija

Za više informacija i za uspostavljanje stalne saradnje, možete kontaktirati doktora Hektora Martineza Gomeza, doktora medicine – metod “Mama kengur”. Vanredni profesor na Nacionalnom univerzitetu /Universidad Nacional/, Bogota, Kolumbija. Adresa: Calle 145 br. 12-61 (603), Bogota, Kolumbija

Tel: (+ (57) – 1) 615 13 15 – 211 24 19 – 248 88 45

Mob: (+ 57) 310 249 16 29

E-mail: canguromet@hotmail.com

Koga da kontaktirate

- **Doktor Hektor Martinez Gomez**, doktor medicine – metod “Mama kengur”. Vanredni profesor na Nacionalnom univerzitetu /Universidad Nacional/, Bogota, Kolumbija. Adresa: Calle 145 br. 12-61 (603), Bogota, Kolumbija

Tel: (+ (57) – 1) 615 13 15 – 211 24 19 – 248 88 45

Mob: (+ 57) 310 249 16 29

E-mail: canguromet@hotmail.com



- **Lina Maria Montana**, doktor medicine, Institut za majku i dete /Instuto Materno Infantil/

Adresa: Carrera 10 1-66 Sur, Bogota, Kolumbia

Tel: (+57)-1) 289 22 00 lok 217

Mob: + (57) 310 853 90 26

E-mail: linam28@hotmail.com

Program IDEASS – Inovacije za razvoj i saradnju Jug-Jug – deo je inicijative za međunarodnu saradnju ART. Program IDEASS je nastao tokom 90-tih na glavnim svetskim samitima i na Milenijumskom zasedanju Generalne Skupštine UN-a, tako naglašavajući važnost saradnje između učesnika na Jugu, podržane od strane industrijskih zemalja.

Cilj Programa IDEASS jeste da ojača uspešnost procesa lokalnog razvoja kroz povećanu upotrebu inovacija u polju ljudskog razvoja. U smislu projekata iz saradnje Jug-Jug, Program se postavlja kao katalizator u procesu širenja socijalnih, ekonomskih i tehnoloških inovacija koje favorizuju ekonomski i socijalni razvoj na lokalno nivou. Promovisane inovacije mogu biti proizvodi, tehnologije ili socijalna, ekonomska i kulturna iskustva. Za više informacija o Programu IDEASS, konsultujte veb-stranu: www.ideassonline.org.

IDEASS

Inovacije za razvoj i saradnju Jug-Jug



ART – Podrška teritorijalnim i tematskim mrežama saradnje u ljudskom razvoju – predstavlja inicijativu za međunarodnu saradnju sačinjenu od programa i aktivnosti nekoliko Agencija Ujedinjenih nacija. ART promovise novi oblik multilateralizma u kojem sistem Ujedinjenih nacija, zajedno sa vladama radi na predavljanju aktivnosti učešća lokalnih zajednica i socijalnih aktera, kako Juga, tako i Severa. ART učestvuje u ostvarivanju Ciljeva Milenijumskog Razvoja.

U zainteresovanim zemljama, ART promovise i podržava Nacionalne okvirne programe za saradnju u upravljanju i lokalnom razvoju – ART GOLD. Ovi Programi stvaraju organizovani institucionalni kontekst koji omogućava raznim nacionalnim i međunarodnim učesnicima da kroz saradnju i podršku doprinesu ljudskom razvoju države. Među učesnicima su donatorske države, Agencije UN-a, regionalne vlade, gradovi i lokalne samouprave, udruženja, univerziteta, organizacije iz privatnog sektora i nevladine organizacije.

Kada god zahtevaju lokalni učesnici, u okviru ART GOLD Programa, inovacije IDEASS mogu biti promovisane i projekti saradnje mogu biti sprovedeni za njihov transfer.