

Эффективность современной модели дородового патронажа
Effectiveness of the modern model of antenatal care

1. Николаева О.Ю. ассоциированный профессор, преподаватель акушерства и гинекологии высшей категории УО колледж «Аяжан», Алматы

Nikolayeva O, associate Professor, lecturer of the highest category in obstetrics and gynecology, «Ayazhan» College, Almaty

2. Абдиманова Б.Ж. – заведующая отделением «Сестринское дело», преподаватель высшей категории УО колледж «Аяжан», Алматы
Abdumanova B, head of specialty "Nursing", teacher of the highest category, Almaty

3. Усенова Р.Ш. главная медицинская сестра высшей категории Международного Медицинского центра «On-clinic»

Usenova R, chief nurse of the highest category of the International center «On-clinic»

Резюме: новая модель патронажа помогает предоставлять более качественные услуги по обучению семей необходимым знаниям и умениям по течению беременности и родам, уходу за новорожденным, определению рисков заболевания, подчёркивает роль отцов в процессе рождения ребёнка и его воспитания. Как следствие действие современной модели дородового патронажа является снижение осложнений во время беременности, родах, а также перинатальной заболеваемости.

Актуальность: в Республике Казахстан начато внедрение новой универсально-прогрессивной модели патронажной службы, разработанной ЮНИСЕФ и направленной на повышение качества обслуживания беременных женщин и семей с детьми при помощи рекомендованного алгоритма предоставления услуг для улучшения здоровья, развития и благополучия детей.

[1] Патронажное обслуживание – система проведения «домашних визитов» патронажной сестры к детям раннего возраста, включая дородовый период. Встреча с семьей в ее собственной среде дает медицинской сестре возможность понять и оценить проблемы, принять решения по их устранению



или минимизировать риски. [1]. Особое место занимает дородовый патронаж. Прежде всего — это знакомство с условиями жизни женщины. Точные знания особенностей каждой семьи как жилищные условия, состав семьи, уровень материальной обеспеченности, степень культуры, в том числе санитарной грамотности, как

относятся к материнству - дают возможность медицинской сестре проводить целенаправленное наблюдение за состоянием здоровья женщин.

Традиционной целью патронажа была необходимость выяснить состояние здоровья беременной, не явившейся на прием в назначенное время. В этом случае медицинская сестра в беседе с беременной выясняла общее состояние женщины, производила тщательный осмотр, обращала внимание на наличие отеков, измеряла артериальное давление. При больших сроках беременности она измеряла окружность живота и высоту стояния дна матки, определяла положение плода. Убедившись в отсутствии отклонений от нормального развития беременности, назначался срок явки на следующий осмотр. Причиной патронажа также может быть желание убедиться в правильности выполнения женщиной назначений врача или необходимость провести дополнительные исследования, информировать беременную о самообезболивании родов, что является одним из ключевых моментов благополучных родов.

Ещё в 1933 году лондонский врач Грантли Дик-Рид столкнулся с интересным случаем, когда одна из рожениц отказалась воспользоваться газовой маской для обезболивания родов объяснив, что не чувствует никакой боли. Рид пришёл к выводу, что главной причиной ощущения боли является тревога и страх перед родами как перед чем-то неизвестным. Вследствие паники возникает судорожное напряжение всех (в том числе и маточных) мышц, в которых при этом сдавливаются сосуды, нарушается поступление крови и кислорода в матку, из-за чего роженица и испытывает боль. Рид был убежден: стоит только снять у женщины



отрицательное психологическое возбуждение, и боли не будет.[3] Позже, Фернан Ламаз разработал собственную систему дородовой подготовки семейных пар по обезболиванию родов. Ещё в 1951 году Ламаз рассматривал роды как партнёрский процесс. Согласно разработанной методике, которая стала применяться во многих странах мира, беременной женщине необходима специальная подготовка ещё до начала родового процесса, а также психологическая поддержка мужа (или другого близкого человека) во время самого процесса, чтобы в какой-то степени снять стресс от пребывания в атмосфере клиники и присутствия медицинского персонала. [3] В настоящее время основные принципы метода Ламаза широко используются в акушерской практике и необходимый блок информации предоставляется семье, где ожидают пополнение, медицинской патронажной сестрой.

Новая модель патронажа беременных помогает медицинской сестре определить потребности семьи: социальные, правовые, психолого-педагогические, медицинские. Являясь членом многопрофильной команды первичной медико-санитарной помощи под руководством врача общей



практики и старшей медицинской сестры, связанных с разными секторами, способствует решению этих проблем.

В рамках приказа МЗ РК № 173 от 16.04.2018 года дородовый патронаж имеет цели:

1. Информировать беременную о принципах безопасного материнства, грудного

вскармливания;

2. Дать сведения по самообезболиванию родов;
3. Обучить беременных подготовке к родам, в том числе к партнёрским;
4. Поставить в известность о «тревожных признаках» во время беременности в зависимости от срока;
5. Дать консультацию по проводимым скрининговым и лабораторным исследованиям;
6. Обучить членов семьи уходу за новорожденным;
7. Информировать семейную пару по вопросам планирования семьи .

Патронажное наблюдение беременных и родильниц на дому проводится на основе универсально-прогрессивной модели согласно международных рекомендаций. Универсальное (обязательное) патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) средним медицинским работником на дому. Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья и безопасности. Патронажная работа медицинских сестер строго планируется. В плане предусматриваются дни посещения, ведется учет патронажной работы, регистрируются все посещения женщин. Все советы и рекомендации медицинская сестра фиксирует в своей документации и впоследствии проводит проверку их выполнения.[2]

Первый патронаж на дому имеет цель: выявить факторы риска, прогнозировать состояние здоровья будущего ребёнка, дать рекомендации по питанию, физической активности беременной. В рамках методических рекомендаций ЮНИСЕФ обязательным является разъяснение будущим отцам их роль в развитии ребёнка, в благополучии своей партнёрши и семьи, адаптация к отцовству, обучение навыкам обращения с новорожденным.

Второй дородовый патронаж имеет цель подготовить беременную и её семью к предстоящим родам и появлению нового члена семьи. Медицинская сестра информирует беременную и её супруга о течении родов, методах самообезбоживания, роли партнёра в психологическом комфорте женщины в процессе родов, подготовке молочных желёз к грудному вскармливанию, о преимуществах грудного вскармливания. Обсуждает с членами семьи

организацию детского уголка. При визитах к беременной патронажная сестра может использовать куклы для демонстрации рождения плода, правил поведения и дыхания в первом периоде родов, последовательность осмотра новорожденного. При выявлении рисков составляется индивидуальный план работы с семьёй. Патронажные работники должны быть обеспечены необходимым набором материалов для качественного проведения патронажа: сантиметровая лента, тонометр, планшет или смартфон с мобильным приложением, стетоскоп, брошюры, памятки по предполагаемой теме консультирования, документацию.

В среднем консультация занимает как минимум 40 минут, при соблюдении всех этапов консультирования (опрос, активное выслушивание, похвала, рекомендации, обратная связь). [1]

За весь период беременности женщину ожидают три посещения из больницы. Это стандартное количество визитов медсестры, которое может быть увеличено в следующих случаях:

- проблемная беременность;
- подозрения на врожденную патологию у младенца;
- если будущая мама находится в группе риска;
- нерегулярное посещение женской консультации; после госпитализации беременной.

В Казахстане внедрение и обучение универсально-прогрессивной модели патронажной службы идут с 2017 года. Кроме того, в рамках исполнения приказа МЗ РК № 716 от 14 декабря 2018 года «О реализации комплекса мер по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи в разрезе регионов» на базах Высших медицинских колледжей РК началось обучение специалистов первичной медико-санитарной помощи по внедрению технологии программы управления заболеваниями и универсально-прогрессивной модели патронажной помощи. Методические рекомендации мультипрофильного патронажа на основе интеграции служб разработаны Бабаевой Б.Н., Ким Н.Г., Есимовой Д.Г., Суханбердиевым К.А., Тихоновой Л.С., Имановой Ж.А. в 2018 г

В заключении стоит отметить что современная модель патронажа является универсально прогрессивной и затрагивает не только дородовый патронаж, но и проблемы снижения детской и младенческой смертности, недоношенности и заболеваемости. Модель вовлекает социально-уязвимые и изолированные семьи в услуги системы здравоохранения и социальной защиты. Министр здравоохранения РК Е. Биртанов отметил, что в Кызылординской области, где действовала пилотная программа ЮНИСЕФ универсально-прогрессивной модели патронажа, показатель материнской смертности составил 0%. [4]





После апробации новая модель патронажа показала следующие результаты в пилотных регионах РК:

- Общая удовлетворённость услугами патронажных посещений выросла на 14%;
- Младенческая смертность снизилась с 14,4 до 8,8 на 1000 детей до 1 года;
- Снизилась детская смертность с 17,7 до 12,1 на 1 000 детей до 5 лет;
- Доля беременных женщин, знающих о

трёх тревожных признаках, угрожающих здоровью, увеличилась на 63%;

- Снизилась детская смертность от управляемых причин (болезни, травмы, которые можно предотвратить);

- На 14% увеличилось количество новорождённых, получающих исключительно грудное вскармливание. [5]

То есть новая модель патронажа помогает предоставлять более качественные услуги по обучению семей необходимым знаниям и умениям по течению беременности и родам, уходу за новорожденным, определению рисков заболевания, подчёркивает роль отцов в процессе рождения ребёнка и его воспитания. Как следствие действие современной модели дородового патронажа является снижение осложнений во время беременности, родах, а также перинатальной заболеваемости.

Используемая литература:

1. Методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи Астана, 2018
2. Приказа МЗ РК № 173 от 16.04.2018 г
3. В.А. Медик, В.К, Юрьев, Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. – «Медицина», Москва, 20013
4. <https://ru.sputniknews.kz/society/2017>
5. <https://informburo.kz/novosti/znachitelno-snizit-detskuyu-smertnost-pomogla-novaya-model-patronazha-minzdrav.html>

The new model of patronage helps to provide better services to teach families the necessary knowledge and skills for pregnancy, childbirth, newborn care, determining the risks of disease, emphasizes the role of fathers in the process of birth and upbringing. As a consequence, the effect of the modern model of prenatal care is to reduce complications during pregnancy, childbirth, and perinatal morbidity.

Key words: new model of patronage, better services, prenatal care

