

Министерство Здравоохранения Украины
Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранения Украины

на правах рукописи

Name Surname

магистерская работа

РОЛЬ ПАТРОНАЖНОГО МЕДБРАТА В ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ И ДЕТЯМ НА ДОМУ

магистр сестринского дела

Научный руководитель:

Тернопольского национального
медицинского университета
имени И. Я. Горбачевского
МЗ Украины

Тернополь – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПАТРОНАЖНОГО МЕДБРАТА И КРУГ ОБЯЗАННОСТЕЙ РАБОТНИКА ПАТРОНАЖА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	7
1.1 Круг обязанностей работника патронажа	7
1.2 Основные виды и принципы патронажа	10
1.3 Общий уход за больным	13
1.4 Патронаж беременных женщин и новорожденных детей	16
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	18
ГЛАВА 3 ОСОБЕННОСТИ ПАТРОНАЖА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ, ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ И ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	20
3.1 Патронаж послеоперационных больных	20
3.2 Патронаж онкологических больных	22
3.3 Особенности патронажа пожилых больных	25
3.4 Патронаж больных с неврологическими заболеваниями	27
ГЛАВА 4 ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ И ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	36
ГЛАВА 5 ПОВСЕДНЕВНЯЯ РАБОТА ПАТРОНАЖНОЙ МЕДСЕСТРЫ ИЛИ ПАТРОНАЖНОГО МЕДБРАТА	49
ВЫВОДЫ	59
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	60

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. С целью повышения качества лечебной и профилактической работы [14], проводимой с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями [25, 27, 30, 32] и требующими организации ухода за больными [34, 35], обучения родственников и пациентов [21, 22], контроля за динамикой состояния и эффективности проводимого лечения, медбратом или медицинской сестрой осуществляется патронаж [3, 5, 6, 19, 29]. Патронаж – это проведение медицинскими работниками на дому профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий. Главными задачами патронажа являются: динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов; своевременное выявление ухудшения состояния здоровья; проведение санитарно-просветительской работы среди пациентов и их родственников [21, 22], включая пропаганду медицинских знаний, особенно в сельской местности [4]; оказание паллиативной помощи [27, 30]; обучение оказанию само- и взаимопомощи при неотложных состояниях; обучение методам ухода [34]; обучение методам самоконтроля за течением заболевания; контроль выполнения рекомендаций лечащего врача [12]; контроль за приемом лекарственных средств после выписки с больницы или в послеоперационном периоде [20, 31]; формирование мотивации к оздоровлению и приверженности к соблюдению рекомендаций врача, а также повышению ответственности пациента за собственное здоровье; раннее выявление онкозаболеваний [27, 30]; выявление лиц в социально-опасном положении [1, 13]; контроль за пациентами с туберкулезом, находящимися на контролируемом лечении.

Планирование патронажей осуществляется медбратом или медицинской сестрой участковой совместно с врачом [2, 7, 10, 11, 12].

Патронаж осуществляется с обязательным заполнением учетно-отчетной документации. Информация о выполненном патронаже

передается лечащему врачу, который курирует больного и определяет дальнейшую тактику наблюдения пациента.

Особую группу пациентов, к которым осуществляется медицинский патронаж, составляют беременные женщины и родильницы [23]. Амбулаторно-поликлиническими организациями педиатрического профиля осуществляется патронаж к детям [1, 5,]. Посещения на дому семей с маленькими детьми выполняются как врачом-педиатром, так и медицинской сестрой с целью профилактики многих заболеваний и социального благополучия семьи [1], наблюдения за младшими и старшими детьми, выявления рисков для развития ребенка и его здоровья, выявления вредных привычек, разного рода зависимости, фактов насилия [1, 6].

Патронаж создает возможности для расширения роли медсестер [15, 17, 18, 24, 26, 28, 33] в улучшении лечения и контроля хронических заболеваний [25], в частности гипертонии [8, 9], профилактики падений и травм пожилых пациентов [13, 28]. Медицинское обслуживание на дому [12, 19, 29] медсестрами и врачами позволяет во многих случаях избежать серьезных последствий заболеваний и повторной госпитализации [12]. Патронаж пациентов медбратам или медсестрой играет важную роль при проведении предоперационной оценки и своевременной госпитализации пациента [31], а также в профилактике послеоперационных раневых инфекций [20].

Цель исследования: изучить особенности организации и проведения медсестринского патронажа взрослых пациентов с различными заболеваниями, беременных женщин и детей.

Задания исследования.

1. Изучить особенности работы патронажного медбрата и определить круг обязанностей работника патронажа.

2. Изучить основные виды и принципы патронажа.

3. Исследовать особенности организации общего ухода за больными при проведении патронажа.
4. Изучить особенности патронажа беременных женщин и новорожденных детей.
5. Исследовать особенности патронажа послеоперационных больных.
6. Исследовать особенности патронажа онкологических больных.
7. Исследовать особенности патронажа патронажа пожилых больных.
8. Исследовать особенности патронажа больных с неврологическими заболеваниями.
9. Проанализировать особенности проведения и внедрение новой универсальной прогрессивной модели патронажа беременных женщин и детей раннего возраста.
10. Изучить особенности повседневной работы патронажной медсестры или патронажного медбрата.

Объект исследования. Пациенты, нуждающиеся в проведении патронажа, беременные женщины и дети, послеоперационные больные, онкологические больные, пожилые пациенты, больные с неврологическими заболеваниями.

Предмет исследования. Влияние проведения патронажных визитов к разным категориям пациентов с использованием новой универсальной прогрессивной модели патронажа, изучение особенностей повседневной работы патронажной медсестры или патронажного медбрата.

Методы исследования: библиосемантический (анализ данных научной литературы об особенностях проведения патронажа больных); медсестринские методы обследования пациентов; статистические методы; аналитический метод.

Научно-практическое значение исследования. С целью изучения особенностей организации и проведения медсестринского патронажа

взрослых пациентов с различными заболеваниями, беременных женщин и детей, проведен анализ научной литературы и собственное научное исследование, с помощью которого изучены особенности работы патронажного медбрата и определить круг обязанностей работника патронажа, основные виды и принципы патронажа, исследованы особенности организации общего ухода за больными при проведении патронажа, изучены особенности патронажа беременных женщин и новорожденных детей, послеоперационных больных, онкологических больных, пожилых больных, пациентов с неврологическими заболеваниями, проведен анализ особенностей проведения и внедрение новой универсальной прогрессивной модели патронажа беременных женщин и детей раннего возраста и изучены особенности повседневной работы патронажной медсестры или патронажного медбрата.

ГЛАВА 1

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПАТРОНАЖНОГО МЕДБРАТА И КРУГ ОБЯЗАННОСТЕЙ РАБОТНИКА ПАТРОНАЖА

(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Круг обязанностей работника патронажа

В переводе с латинского «патронаж» дословно означает «покровительство». Это понятие в полной мере отражает суть работы патронажного медбрата или сестры, которая ухаживает за больными и немощными людьми, оказывая им всестороннюю помощь [17, 18, 20].

Патронажный медбрат или патронажная медсестра – это профессия, требующая наличия медицинского образования и специальных навыков. Так, специалист данной профессии должен уметь оказывать первую помощь, распознавать угрожающие жизни симптомы и иметь четкий план действий для любых ситуаций.

Услуги специалистов данной категории необходимы людям, имеющим серьезные проблемы со здоровьем, которые требуют постоянного контроля. Предпосылками могут служить:

- травмы;
- операции [20, 31];
- инвалидность;
- тяжелые заболевания [27, 30, 32].

Во всех этих случаях люди, как правило, полностью или частично утрачивают возможности к самообслуживанию, а также не могут самостоятельно посещать медицинские учреждения для контроля за состоянием здоровья и проведения медицинских процедур. Первые, кто приходят на помощь – близкие люди, но, не имея медицинского образования и достаточного количества времени, у них далеко не всегда получается обеспечить должный уход [34]. Для некоторых категорий

пациентов это может стать фатальным, привести к тяжелой необратимой инвалидности и даже летальному исходу.

Чаще всего услуги патронажного медбрата необходимы для пожилых людей, которые нуждаются в помощи в силу старческой немощности и забывчивости. Однако патронаж может потребоваться и молодым людям в период восстановления после тяжелых травм и операций [20, 31]. Нередко в данных услугах нуждаются больные онкологическими болезнями [27, 30].

В период восстановления после травм и операций патронажный медбрат не только осуществляет уход за больным, но и работает с ним по специальной реабилитационной программе, осуществляет контроль за питанием, соблюдением правильного режима дня. После перенесенного инсульта патронаж может включать восстановление речевых навыков и координации движений.

Круг обязанностей работника патронажа очень широк, среди основных:

- контроль за своевременным приемом назначенных медикаментов;
- осуществление медицинских процедур (уколы, капельницы, клизмы и т.п.);
- оказание первой медицинской помощи в случае экстренных ситуаций;
- осуществление гигиенических процедур;
- профилактика пролежней и пневмонии у лежачих больных;
- помощь бытового характера;
- проветривание помещения;
- прогулки на свежем воздухе;
- оказание психологической помощи.

Таким образом, патронажный медбрат имеет обязанности не только медицинского, но и социального работника.

Точный перечень обязанностей зависит от конкретной ситуации, состояния больного и характера патронажа [3, 5]. Так, медбрат может просто приходить в обозначенное время для проведения нескольких медицинских процедур и покидать больного, оставляя его на попечение родственников или сиделки. Если же пациенту требуется круглосуточный патронаж, медбрат берет на себя и заботу о его комфорте. В этом случае он обеспечивает пациенту питание, досуг, прогулки, оказывает моральную поддержку.

Также список обязанностей зависит от того, где находится пациент: дома или в медицинском учреждении. В медицинских учреждениях, как правило, основные процедуры производятся штатным персоналом и необходимость в патронажном обслуживании не столь очевидна. Однако стоит учитывать, что у штатного персонала медицинских учреждений не один десяток пациентов, и у сотрудников нет возможности уделять каждому достаточное количество внимания. Патронажный медбрат занимается только одним пациентом, поэтому в нужный момент он всегда рядом. В экстренной ситуации он всегда сможет оказать первую помощь и оперативно позвать врача. К тому же многим тяжело больным важен сам факт того, что они не одиноки, это оказывает психологическую поддержку, настраивает на позитивный лад и способствует улучшению самочувствия.

Наличие профильного образования – не единственное условие для работы патронажным медбратом. Учитывая специфику данной деятельности, сотрудник патронажа должен также обладать определенными чертами характера, основными из которых являются:

- стрессоустойчивость;
- терпимость;
- не конфликтность;
- отзывчивость;

- доброжелательность;
- общительность.

Квалифицированный патронажный медбрат всегда имеет специальную психологическую подготовку, которая позволяет ему справляться с любыми ситуациями, не поддаваясь эмоциям [16].

Нередко больных и их близких охватывают страх и состояние безысходности, что само по себе оказывает разрушительное воздействие на здоровье. В этом случае в задачи патронажного медбрата входит оказание моральной поддержки. При необходимости он всегда может подобрать нужные слова для больного и его родственников [18, 24, 26, 28, 33].

Медицинский сотрудник, осуществляющий уход за тяжело больным человеком, должен уметь сглаживать конфликтные ситуации и успокаивать своего подопечного. Дело в том, что некоторые больные в виду своего состояния могут стать подозрительными, агрессивными или замкнутыми. Задача патронажа – найти индивидуальный подход к своему подопечному, объяснить необходимость тех или иных манипуляций.

1.2. Основные виды и принципы патронажа

Патронаж предоставляется нуждающимся в нем больным, престарелым людям и инвалидам. Современное цивилизованное общество строится на таких базовых принципах как милосердие, толерантность и забота о тех, кто не в состоянии ухаживать за собой самостоятельно. Реализовывать эти принципы на практике и призваны патронажные медицинские работники [10, 17].

Под патронажем понимается вид индивидуального социального обслуживания, преимущественно на дому [12, 19, 29]. Услуга предоставляется тем людям, которые относятся к группе риска – инвалидам, престарелым, немощным. Патронажные услуги охватывают широкий спектр работ:

- контроль состояния подопечного и гигиенический уход;
- оказание помощи в выполнении предписаний лечащего врача;
- проведение несложных медицинских манипуляций;
- профилактика осложнений;
- оказание помощи в быту.

Патронаж имеет своей целью мобилизацию и повышение адаптационных способностей больного, улучшение его качества жизни [14].

Основные виды и принципы патронажа.

Различают несколько видов патронажа: медико-социальный, психологический, педагогический, правовой и экономический. Однако, несмотря на различия в форме и содержании, все виды базируются на единых принципах, которые и позволяют объединять различные услуги понятием «патронаж».

Системность. Данный принцип предполагает выстраивание процесса патронажных услуг, как системы практических действий, логически связанных между собой в рамках оговоренной программы. Проблемы и потребности пациентов, нуждающихся в патронаже, рассматриваются не изолированно, а в контексте семейного окружения, особенностей физического и психического состояния человека.

Комплексность. В основе программы патронажа – не случайный набор разрозненных мер, а грамотный комплекс действий, который должен максимально полно учитывать реальные нужды пациента. Данный принцип призван предотвратить предоставление услуг, не продиктованных жизненными обстоятельствами подопечного.

Оптимальное использование внутренних ресурсов. Друзья, коллеги, семьи людей, которые нуждаются в патронаже, выступают союзниками патронажных медиков, оказывают им помощь и поддержку. Только слаженная совместная работа позволяет в полной мере реализовать

имеющиеся возможности, наиболее качественно и быстро решать жизненные проблемы [7, 24].

Укрепление и развитие собственного потенциала пациентов. Хороший специалист, оказывающий патронажные услуги, должен постоянно стремиться к тому, чтобы его подопечный не только сохранял имеющиеся навыки и умения, но и овладевал новыми. Следует стараться предоставлять больному как можно больше самостоятельности в тех границах, которые для него доступны. Самостоятельность даже в мелочах благоприятно влияет на самочувствие и бодрость, помогает создать позитивный настрой.

Уважение человеческого достоинства, автономности семьи и свободы выбора. Патронаж – эффективное средство помощи больным и немощным людям, но ни в коем случае не инструмент управления ими. Неуклонное следование принципам гуманизма – главный принцип патронажа, которым руководствуются в своей деятельности настоящие профессионалы в данной области. При оказании патронажных услуг необходимо уважать право человека на свободный выбор и личное пространство, при условии, что отсутствует угроза жизни самого подопечного и окружающих его людей.

Объективная оценка возможного объема помощи. Патронажные работники должны ставить перед собой реальные задачи по оказанию помощи, а не создавать неосуществимые цели и искусственные образцы для подражания. Перед патронажным медбратом должны стоять реалистичные требования, которые базируются на особенностях состояния подопечного и условий жизни семьи.

Дифференцированный подход. За каждым обращением в патронажную службу скрываются непростые жизненные обстоятельства. Каждая ситуация по-своему уникальна. И задача специалистов – найти индивидуальный подход к каждому пациенту [22], точно определить потребности семьи и человека, который нуждается в помощи. Программа социально-медицинского ухода составляется с максимальным учетом

конкретных проблем и трудностей, гендерных, личностных, возрастных и физиологических особенностей.

Профилактика осложнений. Особое место в любом виде патронажа занимают профилактические мероприятия с целью выявления на ранних этапах опасных явлений и своевременного их купирования. В медико-социальном патронаже к таким явлениям могут быть отнесены риск развития депрессивных состояний, у лежачих больных – образование пролежней, контрактур, тромбозов, сердечной и легочной недостаточности.

Взаимодействие с подопечным пациентом. Положительных результатов можно добиться только при налаживании психологического контакта с подопечным, установления с ним дружеских связей. Медбрат становится для пожилого человека настоящим другом, с которым можно поделиться заботами и огорчениями. Слаженная совместная работа способна ускорить динамику выздоровления, благотворно повлиять на реабилитацию.

Неуклонное следование изложенным выше закономерностям влияет на всю деятельность патронажной службы, обеспечивает эффективность их работы.

1.3 Общий уход за больным

Общий уход за больным – одно из главных условий скорейшего выздоровления [34]. 50% успеха лечения зависит от того, насколько правильно были организованы мероприятия по уходу за пациентом.

В повседневной жизни уходом в медицинском смысле понимается удовлетворение базовых потребностей больного человека и оказание ему помощи. Основные потребности – это еда и питье, чистота, доступная двигательная активность, опорожнение мочевого пузыря и кишечника.

Уход предполагает создание комфортных условий для больного дома или в стационаре, которые бы включали в себя спокойную психологическую обстановку, чистую удобную кровать, регулярную смену белья.

Помимо общего выделяют уход специальный, который может отличаться в зависимости от типа заболевания. Свои особенности имеются при уходе за послеоперационными больными, за тяжелобольными, онкологическими, с сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями.

Основные принципы общего ухода за больными

Организация ухода во многом зависит от того, где больной проходит лечение или реабилитацию – на дому или в условиях больничного стационара. Но и в том, и в другом случае действует ряд общих принципов:

- Организует и контролирует уход врач, который дает подробные указания, касающиеся приема лекарств, диеты, физической активности.
- Обеспечивают уход за больным медицинские сестры, родственники пациента.
- Соблюдение лечебно-охранительного режима, являющегося залогом спокойствия и комфорта больного. Здесь подразумевается бережное отношение к личности больного, неукоснительное выполнение рекомендаций врача относительно режима, физической активности, питания.
- Поддержание санитарно-гигиенического режима, включающего комплекс мероприятий, нацеленных на предупреждение возникновения и распространения инфекций.

Важно обеспечить больному возможность самостоятельных действий. Это оказывает благоприятное влияние на самочувствие пациента и его настроение, придает больному уверенность и силы [20, 21, 32].

Простейшие задачи – включить-выключить свет настольной лампы, взять книгу с тумбочки – способны заметно улучшить ситуацию и настроение больного.

В рамках общего ухода выполняются мероприятия, которые необходимы больным всех категорий, независимо от характера заболевания:

- Прием медицинских препаратов по рецептам, выданным лечащим врачом.
- Организация правильного и своевременного питания. При необходимости – оказание больному помощи в приеме пищи.
- Контроль за соблюдением режима дня: продолжительность сна, время подъема, бодрствования и отхода ко сну. Режим больного может быть строгим, предполагающим постоянное пребывание в кровати в горизонтальном положении, либо полупостельным, а также общим, ни в чем не ограничивающим передвижения больного.
- Регулярная влажная уборка помещения, в котором находится больной.
- Устройство удобной постели.
- Помощь в выполнении гигиенических процедур – умываний, чистки зубов, мытья головы. Руки следует мыть перед каждым приемом пищи, ноги – 2-3 раза в неделю. Полноценный прием ванны или душа – раз в неделю.
- Облегчение страданий больного, вселение в него желания бороться с болезнью.
- Наблюдение за функционированием организма, измерение показателей температуры, давления, пульса и т.п.
- Профилактика осложнений, таких как пролежни, пневмония, контрактуры.

1.4 Патронаж беременных женщин и новорожденных детей

Подготовка к рождению ребенка - очень волнующее время в жизни, и родители хотят быть уверены, что делают все, что лучше всего для их ребенка [1, 5, 23]. Для многих молодых родителей подготовка к этой роли также может вызывать множество вопросов. Вот почему визиты патронажных медсестер на дом имеют решающее значение, особенно в первые утомительные недели, когда мать и ребенок знакомятся. Патронажные медсестры часто приносят с собой необходимую обучающую ухаживающую литературу за детьми, например «Руководство для родителей детей от 0 до 3 лет» - первое в своем роде, разработанное для поддержки семей с маленькими детьми советами и информацией обо всем, что им нужно знать о здоровье, росте и развитии ребенка.

Семьи с маленькими детьми, живущие в отдаленных частях страны, например в горных деревнях, больше всего нуждаются в таких визитах и выигрывают от визитов патронажных медсестер.

Молодые мамы дают положительные отзывы о таких посещениях. Они говорят, что когда приходит патронажная медсестра, это похоже на посещение члена семьи.

Для многих молодых родителей подготовка к рождению ребенка также может быть сложной и вызывать множество вопросов. Вот почему визиты патронажных медсестер на дом имеют решающее значение.

Такие визиты патронажных медсестер могут предупредить много проблем. Следует учитывать, что неспособность определить состояние здоровья на ранней стадии и эффективно вмешаться может иметь пагубные последствия для развития детей в течение всей жизни, начиная с того, как формируются организм ребенка и мозг, и заканчивая их более широкими перспективами и результатами в жизни. Отсутствие доступа к качественному питанию и качественным медицинским услугам до и во время беременности в сочетании с отсутствием доступа к качественному

раннему обучению способствует снижению успеваемости детей в школе по сравнению с их сверстниками из соседних стран [14, 23, 35].

Все эти проблемы в сочетании с пробелами в профилактических, консультативных и информационных мерах способствуют недостаточному использованию системы здравоохранения и растущему недоверию к поставщикам медицинских услуг и службам здравоохранения в целом, а также к системе, которая не работает, адекватно реагировать на потребности родителей и детей. Родителям также нужны надежные ресурсы, чтобы помогать им и направлять их на протяжении всего периода раннего детства, чтобы они понимали проблемы, связанные со всеми этапами развития, с которыми столкнется их ребенок, и получали советы от патронажной медсестры или медбрата, как с ними справляться.

Такая система медицинской помощи, в которой медработники осуществляют патронажное наблюдение и профилактику множества заболеваний, привержен делу оказания медицинской помощи, ориентированной на ребенка, чтобы все дети имели справедливые шансы на выживание и процветание. Для достижения этой цели необходимо развитие потенциала медицинских работников для более эффективного раннего выявления и вмешательства в отношении детей с проблемами развития, а также для правильного поведения в отношении здоровья и питания. Особое внимание уделяется службам посещения на дому, таким как патронажные медсестры, которые также могут играть ключевую роль в поддержке ранней привязанности между родителями и детьми, обнаружение любых форм насилия в семье [6], жестокого обращения и пренебрежения рисков развития заболеваний [8, 19].

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом данного научного исследования были пациенты, нуждающиеся в проведении патронажа, беременные женщины и дети, послеоперационные больные, онкологические больные, пожилые пациенты, больные с неврологическими заболеваниями.

Предметом данного научного исследования было влияние проведения патронажных визитов к разным категориям пациентов с использованием новой универсальной прогрессивной модели патронажа, изучение особенностей повседневной работы патронажной медсестры или патронажного медбрата.

В научном исследовании были использованы следующие методы:

- библиосемантический (анализ данных научной литературы об особенностях проведения патронажа больных),
- медсестринские методы обследования пациентов,
- статистические методы;
- аналитический метод.

При обследовании медицинская сестра собирает необходимую информацию методом опроса, осмотра и общеклинического обследования. Источником данных являются: пациент, родственники, медицинские работники и др. Перед опросом с пациентом необходимо ознакомиться с его медицинской документацией, если это возможно, вспомнить факторы и приемы, повышающие эффективность общения: проявить умение представить себя; уметь вести разговор; проверить правильность восприятия ваших вопросов; задавать открытые вопросы; соблюдать паузы и культуру речи; применять индивидуальный подход к пациенту. Необходимо использовать элементы эффективного общения с пациентом и его окружением. Такие приемы, как общение с пациентом с учетом его интеллекта, неспешный темп беседы, соблюдение конфиденциальности,

умение слушать, повысят эффективность опроса и помогут медицинской сестре совершенствовать свои умения и навыки. Необходимо не допускать ошибок при опросе, четко формулировать свои вопросы; помнить, что при опросе пациент может сообщать сведения о себе в любой последовательности; не требовать от него ответов по приведенной в сестринской истории схеме. Необходимо запоминать его ответы и регистрировать в точном соответствии с планом в истории болезни пациента; использовать сведения из истории болезни (листа назначений, температурного листа и т.п.) и других источников информации о пациенте.

ГЛАВА 3

ОСОБЕННОСТИ ПАТРОНАЖА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ, ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ И ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

3.1 Патронаж послеоперационных больных

Патронаж больных в послеоперационном периоде – необходимое условие для качественного восстановления человека, который перенёс хирургическое вмешательство. В это время больной находится в недееспособном состоянии, не может ухаживать за собой. Его организм ослаблен, а он сам нуждается в профессиональном уходе и реабилитации. Помимо этого, велик риск послеоперационных осложнений.

Хирургические операции влияют на работу всех органов и систем организма. После их проведения пациент на какое-то время лишается не только трудоспособности, но и возможности обеспечивать собственные физиологические потребности. Он не может самостоятельно принимать пищу и питьё, посещать туалетную комнату, следить за гигиеной, даже двигаться. При этом ему требуются особые условия содержания, ежедневный контроль за психофизиологическими параметрами, медицинские процедуры по обработке ран, швов, снятию болевых ощущений.

Если состояние больного в послеоперационный период нестабильно, участие патронажного медбрата жизненно необходимо. Только профессионально подготовленный человек может оказать необходимую помощь в экстренной ситуации.

Патронаж послеоперационного больного ускорит выздоровление пациента и его возвращение к нормальной жизни, предотвратит развитие возможных осложнений.

Организация должного ухода за человеком после операционного вмешательства – ответственное и непростое дело. Необходимо обеспечить и поддерживать стерильность в помещении, где находится больной, проводить необходимые медицинские и гигиенические процедуры, оказывать психологическую поддержку.

В число основных задач патронажа входят следующие мероприятия:

- Подготовка помещения к приёму послеоперационного больного и поддержание в нём стерильности. Необходимо тщательно подготовить комнату – провести дезинфекцию, проветривание, сменить постельные принадлежности.
- Систематическое наблюдение за больным. Требуется регулярно отслеживать температуру тела, проверять частоту пульса, артериальное давление, спрашивать у больного о его общем самочувствии, болевых ощущениях, дискомфорте, осуществлять контроль заживления раны. Если больной без сознания, информацию о его состоянии получают путём измерения физиологических показателей и визуального осмотра.
- Уход за раной. Требуется своевременно менять повязки, дренажи, катетеры, производить обработку раны антибактериальными средствами; следить за комфортом для пациента.
- Обеспечение функций жизнедеятельности. Следует обеспечить пациенту соответствующий его состоянию пищевой и питьевой режим, осуществлять динамический контроль за выделением мочи и кала.
- Проведение гигиенических процедур. Необходимо с первого дня проводить профилактику пролежней, очищать кожные покровы от загрязнений, производить санацию полости рта.

- В целях скорейшего восстановления больного ему необходимы сеансы ЛФК, массаж мышц спины и конечностей.

Медицинский уход больному требуется на всех этапах послеоперационного периода:

- на ранней реанимационной стадии (патронаж осуществляется в больнице). Это самый тяжёлый этап, который продолжается 3-5 дней с момента операции. Больному требуется проведение медицинских процедур и постоянное наблюдение за его состоянием.
- на поздней послеоперационной стадии (патронаж осуществляется на дому). Она длится 2-3 недели. Медицинские процедуры (уколы, капельницы, перевязки) продолжаются, к ним добавляются первые реабилитационные мероприятия.
- на отдаленной (реабилитационной) стадии (патронаж осуществляется на дому). Продолжается от 3 недель до 6 месяцев. На этом этапе необходима профессиональная поддержка в дальнейшей реабилитации больного.

Без патронажа больных в послеоперационном периоде их выздоровление невозможно. Только специалист с профильной подготовкой сможет обеспечить условия для восстановления пациентов.

Мы исследовали 24 пациентов, которым проводилось патронажное наблюдение в послеоперационном периоде на дому.

3.2 Патронаж онкологических больных

Диагноз «онкология» вызывает чувство страха, растерянности и отчаяния и у самого больного, и у его родственников. Немедленно встает целый ряд жизненно важных вопросов, касающихся организации ухода. Как создать дома комфортную и безопасную обстановку для пациента? Как обеспечить правильный прием лекарств и выполнение необходимых

процедур, предписанных врачом? Как справиться со сложностями, вызванными побочным действием лекарств?

Уход за больными в онкологии является значимым инструментом в системе лечебных и реабилитационных мероприятий. Его организация требует тщательного контроля, наличия знаний и специальных навыков.

Патронажный медбрат должен помочь облегчить страдания больного, позаботиться о правильном и своевременном приеме назначенных лекарств и об удовлетворении ежедневных потребностей больного, создать комфортную психологическую обстановку.

Принципы ухода за онкологическими больными:

- **Безопасность.** Быт и окружающая обстановка больного должны исключать вероятность травм и падений.
- **Конфиденциальность.** Медицинский персонал не имеет права разглашать информацию о диагнозе, состоянии пациента, его личной жизни.
- **Независимость.** Следует всячески поощрять больного на самостоятельные действия, выполнение нужных процедур.
- **Профилактика инфекций.** Большое внимание нужно уделять мероприятиям, которые препятствуют распространению инфекций, представляющих особую опасность в связи со снижением иммунитета при онкозаболеваниях.

Члены семьи, на которых ложится бремя ухода за онкологическими больными, вынуждены совмещать заботу о близком человеке с решением бытовых проблем, работой, учебой. Огромная эмоциональная нагрузка и большие финансовые расходы осложняют ситуацию. Ведь отказаться от работы в этот сложный период и пожертвовать заработком ради ухода за больным могут себе позволить единицы.

К тому же все усилия и старания часто не приносят результата. Уход за онкобольными имеет ряд специфических нюансов. Нужно знать, как управлять симптомами в виде тошноты, рвоты, головокружения,

мышечной слабости, менять повязки, безопасно переворачивать и поднимать лежачих больных, выполнять гигиенические процедуры и помогать в отправлениях физиологических нужд.

Правильно организованное выхаживание при своевременно выявленном онкологическом заболевании значительно увеличивает шансы на исцеление.

Несмотря на стремительное развитие науки и медицины, лечение раковых заболеваний представляет сложный и проблемный процесс. Рак, особенно на поздних стадиях, требует длительного и трудного лечения. В борьбе с болезнью используются такие агрессивные методы как хирургические вмешательства, лучевая и химиотерапия, влекущие за собой длительный восстановительный период и необходимость реабилитации.

В оказании помощи онкологическим больным чрезвычайно велика роль сестринского персонала. Перечень их обязанностей достаточно широк и включает следующие пункты:

- Динамическое наблюдение за состоянием онкобольного – температурой, весом, частотой дыхания, состоянием кожных покровов, регулярностью физиологических отпавлений, общим самочувствием.
- Контроль за выполнением назначений лечащего врача-онколога.
- Решение практических проблем, связанных с заболеванием, – проведение процедур личной гигиены.
- Профилактика язв, пролежней, застойных явлений в легких, запоров, нарушений мочевыделений, гипотрофии мышц и контрактур суставов.
- Сбор биоматериалов для анализов.
- Создание надлежащих условий в помещении – уборка, проветривание.
- Организация регулярного питания с учетом требований диеты – избегать большого потребления жиров, снизить количество соли

в блюдах, ограничить сахар и рафинированные углеводы.

Пищу рекомендуется принимать небольшими порциями, есть медленно.

- Обеспечение управления болью в рамках рекомендаций лечащего специалиста, на основе просьб пациента и невербальных признаков.
- Помощь в решении бытовых вопросов, организации досуга больного, сопровождение на прогулках, которые особо рекомендованы больным с раком легких.

Мы исследовали 19 пациентов с онкологическими заболеваниями, которым проводились регулярные патронажи и наблюдение на дому.

3.3 Особенности патронажа пожилых больных

Возрастные изменения в организме ухудшают работу всех систем и органов: снижается острота слуха и зрения, кожа становится менее эластичной. Да и сами заболевания в целом переносятся тяжелее, часто диагностируется не одна болезнь, а много сопутствующих заболеваний, велика вероятность осложнений. При этом симптомы носят смазанный характер, трудно поддаются диагностике.

Лекарственная терапия. Действие лекарств на пожилых пациентов более слабое и менее эффективное. Выдача лекарственных препаратов требует от ухаживающих лиц большой осторожности. Нельзя выдавать лекарства на весь день, использовать сложные объяснения для разъяснения их принципа действия. Пожилые пациенты зачастую дезориентированы во времени и пространстве и могут легко перепутать или забыть полученную информацию.

Важность лечебно-охранительного режима. Для пациентов, которые находятся в пожилом и престарелом возрасте, чрезвычайно важно соблюдать режим сна и бодрствования. Своевременный отдых имеет

принципиальное значение и его отсутствие может сделать бесполезной всю лекарственную терапию. Нередко «возрастные» пациенты страдают от бессонницы, спровоцированной частыми мочеиспусканиями. В этом случае следует позаботиться о том, чтобы ночью рядом с кроватью располагалось судно.

Уход за кожными покровами. Принципиальное значение этот пункт имеет не только при организации ухода за пожилыми людьми, но и лежачими пациентами. Нарушения микроциркуляции крови могут повлечь за собой паталогические процессы – образование экзем, пролежней, диабетической стопы и т.п. Следует использовать для одежды и белья мягкие натуральные ткани, смягчать сухие участки кожи кремами и маслами, не пропускать подмывания больного.

Отправление естественных надобностей. Один из самых деликатных моментов – помощь пожилому пациенту в отпадении естественных нужд организма. Часто болезни пожилых пациентов влекут за собой частые мочеиспускания, нарушения функций кишечника, ведущие к запорам. Ставить клизмы в таких случаях не рекомендуется. Предпочтительней регулировать стул при помощи питания: включать в пищу продукты, обладающие слабительным эффектом – черносливы, свеклу, яблоки. Хорошо помогают слабительные сборы лекарственных трав.

Борьба с гиподинамией. Отрицательно воздействует на здоровье и общее самочувствие малоподвижный образ жизни, который ведут многие пожилые пациенты. Поэтому важно организовать режим дня таким образом, чтобы в нем обязательно нашлось место для выполнения комплекса лечебных упражнений, и, если позволяет состояние здоровья, прогулки на свежем воздухе.

Организация правильного питания. Рацион пожилого человека, даже проходящего лечение, должен быть на 20-30% меньше рациона молодых людей. Снижение калорийности пищи достигается за счет уменьшения в ней содержания быстрых углеводов, которые содержатся в хлебе,

конфетах, сладкой выпечке, картошке, рисе. Также рекомендуется снизить потребление животных жиров и соли. А вот ограничивать пациента в питье следует только при сильных отеках.

Мы исследовали 27 пожилых пациентов, которым проводились патронажи. У 12 из них был диагностирован сахарный диабет, у 15 – сердечная недостаточность. Все они нуждались в систематической медицинской помощи.

3.4 Патронаж больных с неврологическими заболеваниями

Инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз и другие заболевания неврологического профиля чрезвычайно разнообразны в своих проявлениях, и в этом заключается их ключевое отличие от болезней прочих систем. Связано это с тем, что нервная система не однородна по составу и представляет уникальное соединение множества систем. Нарушение нервных функций существенно влияет на работу других органов.

Поражения нервов могут быть вызваны инфекционными, травматическими, опухолевыми, сосудистыми, дегенеративными и наследственными причинами, а также происходить вследствие интоксикации разнообразными химическими веществами. Проявляются неврологические патологии такими симптомами как:

- Двигательные нарушения – паралич, парезы, тремор, акатазия.
- Потеря тактильной чувствительности.
- Сильная головная и мышечная боль.
- Эпилептические припадки.
- Потеря сна, сознания – кома.

Специфика ухода за неврологическими больными обусловлена высоким риском полной либо частичной потери мышечной силы, которая неизбежно ведет за собой атрофию мышц. Всего за 3-4 месяца при

параличе нормальный объем мышечной массы может уменьшиться на 70-80%. У некоторых больных наблюдается полная или частичная потеря речи, судорожные припадки. Симптомы могут иметь различную степень выраженности.

Основные принципы ухода за больными с неврологическими заболеваниями.

Поражения нервной системы затрагивают фундаментальные базовые функции человеческого организма – мышление, движение, речь, чувство равновесия. В легких случаях можно облегчить состояние больного при помощи успешной реабилитации и ортопедических приспособлений, в тяжелых – усилия врачей и медицинского персонала направлены на то, чтобы максимально полно задействовать сохранившиеся функциональные возможности больного. При прогрессирующих заболеваниях уход, как и программа лечения, зависят от степени выраженности симптоматики и скорости нарастания патологических процессов.

В любом случае уход за неврологическими больными – очень кропотливое и ответственное дело, требующее системного подхода, много сил и времени. При этом правильная организация ухода имеет первостепенное значение для эффективной реабилитации.

Ведущая роль в организации надлежащего ухода принадлежит медсестрам и медбратам. На них возлагается обязанность обеспечить необходимые санитарно-гигиенические условия в помещении, где находится больной, проводить мероприятия по профилактике пролежней, опрелостей, легочных осложнений, контрактур, воспалений мочевыводящих путей.

Сестринский процесс делится на вмешательства двух типов: зависимые и независимые. Первые выполняются в строжайшем соответствии с предписаниями врача, вторые включают в себя обязанности, не требующие одобрения доктора.

Особенности ухода за больными с заболеваниями неврологического профиля

Уход за больными представляет собой комплекс мероприятий, цель которых – поддержать и направить больного на восстановление сил, создать для него максимально благоприятные условия в бытовом и психофизическом плане, исключить появление осложнений. Чрезвычайно важными в этом плане являются следующие моменты:

Общегигиенический уход. Следует не менее 2-х раз в день умывать и подмывать больного, мыть ему руки несколько раз в течение дня. Постоянно ухаживать за полостью рта, носом, ушами, регулярно стричь ногти. При наличии выделений, склеивающих ресницы, протирают глаза марлевым тампоном, смоченным в теплом растворе антисептика.

Уход при нарушении функции тазовых органов. Задержка в естественных отправлениях организма и своевременном выведении из организма мочи и кала могут привести к дополнительной интоксикации организма. При задержках мочеиспускания врачи предписывают 2 раза в сутки проводить катетеризацию мочевого пузыря с использованием стерильного катетора.

Для профилактики запоров и задержек дефекации в рацион больного включают растительные продукты, богатые клетчаткой, калием, магнием. По назначению врача дают слабительное, ставят очистительные клизмы. Во время дефекации больным помогают занять физиологическую позу.

При недержании мочи и кала используют подгузники для взрослых и впитывающие простыни. На сестринский персонал возлагается ответственность по их своевременной замене по мере необходимости. После смены памперса обязательно проводится гигиеническая обработка загрязненных участков теплым мылом и водой.

Профилактика контрактур. Чтобы предупредить образование контрактур поврежденной конечности проводят регулярный легкий массаж

и пассивные движения во всех сегментах. Подобную «гимнастику» специалисты рекомендуют делать каждые 1,5-2 часа.

Поврежденной конечности придается правильное положение, препятствующее появлению контрактур: руку отводят и супинируют, ногу выпрямляют и обеспечивают упор для ступни, под колено подкладывается валик.

Предупреждение пролежней. Подобное осложнение вызывается обездвиженностью, поэтому для его предупреждения больного переворачивают в постели каждые 2-3 часа. Проводится регулярная гигиеническая обработка кожи, подбирается легкая, пропускающая воздух одежда.

Кормление больных. В основу питания больных заложены принципы диетического меню. Блюда готовят таким образом, чтобы количество животного жира было минимальным, также исключают или сводят к минимуму содержание в пище «легких» углеводов, сахара, поваренной соли. Предпочтение отдается вареным неострым блюдам, от жареной, печеной пищи лучше отказаться. Пища должна быть вкусной, теплой. Кормить следует неторопливо, чтобы избежать поперхиваний. При затрудненном глотании консистенция пищи подбирается индивидуально. При полном нарушении функции глотания или нарушении сознания больного кормление осуществляется через назогастральный зонд.

Питьевой режим. Больным неврологического профиля рекомендуется давать частое обильное питье. Достаточное потребление жидкости поможет обеспечить частое мочеиспускание, что в свою очередь является доказанным профилактическим средством против инфекций в мочевом пузыре.

Зачастую больные, страдающие недержанием мочи, в стремлении избежать «конфуза» сознательно ограничивают потребление жидкости. Задача медицинского персонала – вовремя заметить подобную тенденцию и разъяснить пациенту ошибочность подобной точки зрения.

Нарушения речи. Нередко неврологические заболевания сопровождаются нарушениями речи разной степени выраженности. При этом больные сохраняют сознание и определенный круг интересов.

Задача патронажного медбрата – установить контакт с больным с помощью средств мимики, жестов, в некоторых случаях – письма.

Если диагностирована моторная афазия, то вопросы следует ставить таким образом, чтобы существовала возможность односложного ответа – «да» или «нет». При сенсорной афазии больные утрачивают способность понимать речь, но способны распознавать смысл действий. Поэтому просьбы о выполнении каких-либо действий рекомендуется подкреплять соответствующими движениями – поднять руку, наклонить голову и т.п.

Судороги. Непроизвольные сокращения мышц могут носить генерализированный (общий) либо местный (локальный) характер. Напряжение отдельных мышц может привести к писчему спазму, кривошее и т.п. Проявляться судороги могут медленным тоническим напряжением либо же быть быстрыми и ритмичными.

При наступлении судорог пациента освобождают от стесняющей одежды, обеспечивают доступ свежего воздуха, проводят мероприятия по предупреждению асфиксии и прикусывания языка.

Психологическая поддержка больных с заболеваниями неврологического профиля.

Очень важно помочь создать позитивный психологический настрой не только непосредственно самому больному, но и его родственникам, членам семьи. Неврологические заболевания нередко очень тяжело переносятся пациентами, ввергая их в депрессию, провоцируя мрачные мысли. Поэтому задача медика – оказать психологическую поддержку. С этой целью следует:

- Поощрять больного на выполнение как можно более широкого круга самостоятельных действий. Это создаст условия для обретения утраченного чувства независимости.

- Помогать налаживать социальные связи и контакты с членами семьи и друзьями вне дома. Это позволит хоть частично преодолеть изолированность и отчужденность больного от общества.
- Убеждать пациента в том, что он не представляет обузы для своих родных, обращать его внимание на проявления заботы и внимания со стороны родственников.
- Организовать досуг пациента занятиями, соответствующими его физическим и психическим возможностям.
- Не давать ложных обещаний. Многие заболевания неврологического профиля вроде рассеянного склероза или болезни Паркинсона на сегодняшний день неизлечимы. Поэтому не стоит внушать больному напрасных надежд.

Медицинский персонал должен иметь опрятный приветливый вид, располагающий к общению. Недопустимо обращаться к пациенту «больной», такое обращение создает ошибочную и огорчительную иллюзию утраты имени и отчества. Залогом успешных реабилитационных мероприятий и качественного ухода служат партнерские доверительные отношения между медбратом и больным.

Инсультом называется острый апоплексический удар, приводящий к повреждению тканей головного мозга. Следствием инсульта является целый ряд тяжелых неврологических нарушений:

- двигательные нарушения, приводящие к частичному либо полному параличу;
- речевые дефекты;
- координаторная дисфункция;
- чувствительные и зрительные расстройства;
- когнитивные и психоэмоциональные проблемы.

Сосудистые заболевания мозга, к которым относится инсульт, занимают второе место в структуре смертности от заболеваний системы кровообращения. Риск повторного инсульта в первые 2 года составляет от 4 до 14 %. Поэтому качественный профессиональный уход жизненно важен для больного, перенесшего инсульт.

Полный комплекс мероприятий по уходу за больным после инсульта

Удастся ли восстановить утраченную речь и двигательные функции? Получится ли преодолеть тяжелые последствия опасного заболевания? Этими вопросами задаются все, чьи близкие перенесли инсульт. Перед семьей встают неотложные задачи: нужно обустроить комнату, овладеть навыками по уходу за больным с функциональными нарушениями, найти время для выполнения необходимых мероприятий.

Справиться с подобной нагрузкой чрезвычайно трудно. К тому же все усилия могут не принести должной отдачи. Ведь у родственников часто недостает знаний и умений, требуемых для успешной реабилитации больного после инсульта.

Лучше, когда уход за пациентом организует работник патронажной службы, который имеет медицинское образование и большой опыт, позволяющий организовать уход за больным после инсульта на безупречном профессиональном уровне. Грамотно организованные мероприятия помогут предупредить осложнения и свести к минимуму риск повторного инсульта.

Уход после инсульта представляет собой комплекс разноплановых мер, которые определяются на основании состояния больного и могут включать в себя:

- Физическая реабилитация и активизация двигательной активности. Коррекция положения – специальная укладка паретичных конечностей для профилактики контрактур и отеков, ранняя вертикализация для сохранения регуляции вегетативной нервной системы и предотвращения застойных

явлений, тренировка локомоторного аппарата для поддержания мышечного тонуса, лечебная физкультура и массаж.

- Контроль выполнения лекарственной терапии согласно предписаниям лечащего врача.
- Регулярное измерение артериального давления. Имеет принципиальное значения для профилактики повторного инсульта.
- Помощь в выполнении гигиенических процедур, поддержание чистоты в комнате, регулярное проветривание.
- Выполнение логопедических упражнений для коррекции речевых расстройств. Простые беседы, вопросы о самочувствии, просьбы о несложной помощи помогают преодолеть речевую изоляцию и стимулируют понимание речи.
- Помощь с последствиями нарушений мочеиспускания и дефекации, наблюдающихся у более чем половины постинсультных больных.
- Создание позитивной психологической обстановки. Помогает справиться с депрессией, апатией, негативизмом и тревожностью, которые относят к числу негативных факторов, замедляющих выздоровление.

В данной части научного исследования мы наблюдали и исследовали 23 пациента с тяжелыми неврологическими заболеваниями. Им было организовано проведение регулярных патронажей и оказана соответствующая медицинская помощь.



Рисунок 3.1. Соотношение количества пациентов, которым проведены патронажи: послеоперационных больных, онкологических больных, пожилых пациентов, нуждающихся в медицинской помощи на дому и пациентов с неврологическими заболеваниями

Анализ данных показал, что среди пациентов данной серии исследования 26 % составляли послеоперационные больные, 20 % составляли онкологические больные, 29 % - пожилые пациенты и 25 % пациенты с неврологическими заболеваниями. Всем им была оказана квалифицированная медицинская помощь на дому, которую оказывали посредством проведения патронажа.

ГЛАВА 4

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ И ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В последнее время получила большую популярность и распространение Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста патронажа беременных женщин и детей раннего возраста.

Данная модель рекомендована ВОЗ и ЮНИСЕФ как модель медикосоциальной направленности, отвечающая современным требованиям качества оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП):

- Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста обладает высокой эффективностью, так как модель основана на доказательной базе; применяемые в модели протоколы и руководства основаны на последних международных научных данных.
- Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста является обоснованной и оптимизирует использование ресурсов, так как обеспечивается дифференцированный подход в предоставлении услуг.
- Все дети получают универсальный базовый пакет патронажных услуг, некоторые получают расширенный пакет услуг, и единицы получают интенсивный пакет услуг, что предотвращает ненужные траты.
- Инвестирование в ранний возраст приносит значительный доход на уровне самого человека, семьи и общества, так как в этом возрасте закладывается основа здоровья и благополучия человека.

- Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста улучшает доступность услуг. Патронажные услуги предоставляются своевременно, доступны в географическом, экономическом, культурном и других планах для любой семьи в интересах каждого ребенка.

В данной серии научного исследования мы провели анализ патронажей 17 беременных женщин, 22 новорожденных детей и 37 детей до 5 лет.



Рисунок 4.1. Соотношение количества беременных женщин, новорожденных детей и детей до 5 лет, которым проведены патронажи

Особенно улучшается доступность для детей из уязвимых и социально отчужденных семей. Патронажный работник может донести нужную информацию и качественные услуги в семьи, которые по каким-либо причинам являются труднодоступными для медико-социальных услуг (мигрирующие семьи, культурные или религиозные убеждения, семьи в трудной жизненной ситуации, социально отчужденные и другие).

Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста является пациент-ориентированной, так как в центре услуг всегда находится ребенок, его интересы и права. Патронажная служба ПМСП оперативно реагирует на ценности семьи в отношении ребенка, способствует соблюдению прав ребенка на здоровье и развитие.

Профессиональные качества нового патронажного работника ПМСП, хорошие коммуникативные навыки, стиль взаимоотношений с семьей, основанный на толерантном деликатном и не осуждающем отношении, позволяют строить доверительные партнерские взаимоотношения с семьями.

Поддерживающие отношения патронажного работника способствуют раскрытию сильных сторон семьи, позволяющей ей преодолеть жизненные трудности.

Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста способствует равенству и справедливости в оказании услуг.

Несмотря на общее снижение показателей младенческой и детской смертности, улучшение основных показателей здоровья и развития детей (показателей исключительно грудного вскармливания, физического развития и др.), сохраняется разница этих показателей среди детей с разным уровнем благосостояния. Например, среди детей из бедных семей в 2,5 раза чаще встречается низкий вес и 1,7 раз чаще низкорослость. Данная модель дает возможность устранения неравенства и предоставления равного жизненного старта каждому ребенку, независимо от места проживания, уровня образования родителей или социально-экономического статуса.

Данная модель является безопасной. В течение всего процесса оказания патронажных услуг, родители и члены семьи имеют возможность получать полную и достоверную информацию, принимать решение и

участвовать в планировании мероприятий по устранению рисков, угрожающих здоровью, развитию, безопасности и благополучию ребенка. Родители рассматриваются как партнеры, информированные, обученные и мотивированные на максимальное раскрытие потенциала ребенка и достижение им максимально возможного уровня здоровья.

Патронажное обслуживание – система проведения «домашних визитов» патронажной сестры к детям раннего возраста, включая дородовой период. Встреча с семьей в ее собственной среде дает специалисту уникальную возможность понимания проблем и принятия правильного решения.

Существуют 3 основные модели патронажного обслуживания детей, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки:

Универсальная модель – это охват патронажным наблюдением всех детей раннего возраста, с обязательным посещением каждого ребенка в определенные возрастные периоды.

Целевая модель – это охват патронажным наблюдением детей только из группы повышенного риска, которые имеют особые потребности в связи с медицинскими или психосоциальными рисками.

Универсально-прогрессивная модель патронажных посещений на дому – это смешанная модель, которая комбинирует преимущества универсальной и целевой модели, преодолевая их ограничения и обеспечивая максимальную эффективность.

В рамках универсально-прогрессивной модели универсальные (обязательные) услуги по посещению специалиста на дому доступны для всех семей, а прогрессивные (усиленные + интенсивные) услуги посещения патронажного работника предоставляются ограниченному количеству семей, на основе оценки рисков и потребностей.

Усиленную поддержку получают те семьи, которые испытывают социально-экономические трудности, психосоциальный стресс, другие неблагоприятные обстоятельства (например, трудности с кормлением

ребенка, проблемы развития, обеспечения безопасной среды и т.д.) для того, чтобы они могли позаботиться о себе и своих детях для обеспечения оптимального роста и развития.

Интенсивную поддержку получают семьи, где дети имеют высокую уязвимость и для снижения риска нужна междисциплинарная поддержка и сотрудничество здравоохранения, социальных и образовательных служб. Внедрение универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания имеет три ступени обоснования:

1) научные открытия, касающиеся значения безопасной, стимулирующей и эмоционально теплой среды для развития мозга ребенка и формирование раннего жизненного опыта, разрушительной роли токсического стресса на развивающийся детский мозг и ряд других открытий показывают, что в период от зачатия до третьего года жизни существуют окна уязвимости и возможности, которые не имеют аналогов на протяжении всей жизни. Меры, направленные на снижение уязвимостей и реализацию возможностей в раннем возрасте дают максимальный результат на протяжении всей жизни человека;

2) в этот период основным социальным институтом и медиатором здоровья и развития ребенка являются его родители и члены семьи, и посещение на дому, когда встреча с семьей происходит в ее собственной среде, обеспечивает уникальное понимание проблем семьи и выбора стратегий преодоления трудностей.

3) наиболее нуждаются в патронажных посещениях беременные женщины, родители и дети, которые наиболее часто попадают в «трещины» системы здравоохранения, социальной защиты (в том числе защиты детей) и образования.

Ключевые убеждения новой модели патронажа:

- родители являются первыми воспитателями ребенка;

- любая семья имеет надежды и мечты в отношении своих детей, но семьи отличаются тем, как они поддерживают усилия своих детей в

достижении этих целей; на результаты развития ребенка большее влияние оказывает поддержка ребенка семьей, чем социально-экономическое положение семьи;

- все родители имеют потенциал для поддержки развития своих детей и достижению ими успеха в жизни, но многим из них требуется поддержка для раскрытия своего потенциала, чтобы они могли почувствовать и развить свои сильные стороны;

- при предоставлении такой поддержки любая семья, в каких бы трудных условиях не находилась, способна дать лучший жизненный старт своему ребенку;

- лучше всего обращаться с родителями как с равными партнерами;

- патронажные работники могут способствовать повышению устойчивости семьи и повышению качества жизни детей и семей путем оценки потребностей и глубокого понимания ситуации, обнаружения и поддержки сильных сторон (проактивный подход). При таком подходе семьи из потребителей услуг переходят в активные союзники;

- с любым родителем может быть «трудно установить контакт и работать», но основная ответственность за выстраивание взаимоотношений с родителями и семьями лежит на специалистах;

- необходимо подходить к родителям индивидуально – нельзя делать обобщения и навешивать ярлыки на основе их пола, этнической принадлежности, семейного положения, образования или материального благосостояния.

Отличие новой модели патронажа от традиционной:

- Акцент на качество проведения патронажных посещений, а не на их количество;

- Переход от принципа «выявить проблему и перенаправить», к принципу «вовремя выявить и устранить или значительно снизить риск, который может привести к проблеме»;

- Акцент на комплекс медицинских, социальных, образовательных

и других мер по созданию здоровья, а не только на выявление болезней и чисто медицинские проблемы;

- Акцент на физическое, психоэмоциональное, социальное развитие, безопасность и благополучие ребенка, а не только на его физическое здоровье;

- Здоровье ребенка рассматривается в контексте семьи (например, наличие депрессии у матери или отца, пренебрежительное или жестокое обращение) и местного сообщества, а не изолированно от семьи и окружения;

- С родителями и членами семьи ребенка строятся равноправные партнерские отношения, к ним не относятся как к подчиненным, обязанным слепо выполнять советы медработника;

Патронажный работник не работает изолированно, он – член команды вокруг ребенка наряду с врачом, социальным работником, психологом, другими специалистами. Развивается командная работа внутри ведомства и механизмы эффективного взаимодействия с другими ведомствами;

- Патронажная сестра становится главным доверенным лицом семьи, связующим звеном между существующими услугами и потребностями ребенка. В глазах семьи патронажная сестра перестает играть второстепенную после врача роль.

Главная цель универсально-прогрессивной модели – защита и укрепление здоровья и благополучия детей в раннем возрасте в тесной связи с благополучием родителей и ближайшего окружения.

Понимая, что на ребенка оказывает влияние ситуация в семье, на которую в свою очередь, оказывает влияние ситуация в месте жительства и в более широкой среде, патронажная служба, в соответствии с экологическими принципами, работает со всеми слоями. При этом в фокусе внимания всегда остается ребенок, его интересы и права.

Для успешного внедрения в практику новой модели патронажа, необходимо соблюдать следующие принципы:

документы, отсутствие которых каким-то образом влияет на благополучие ребенка										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Преодолеть фрагментацию услуг среди различных ведомств, системы здравоохранения, образования и социального обеспечения и отдельных служб, развивать прочное внутриотраслевое и межотраслевое сотрудничество.

4. Развивать профессиональные компетенции патронажных сестер.

5. Обеспечить соответствующее управление патронажными услугами.

При успешном внедрении универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в краткосрочной и долгосрочной перспективе можно ожидать позитивные результаты со стороны детей, семьи, родителей и общества.

Со стороны детей:

- Улучшение неонатальных показателей, как малая масса тела, преждевременные роды, врожденные пороки развития, улучшение питания, улучшение показателей роста, снижение заболеваемости и смертности, улучшение показателей иммунизации, улучшение когнитивного и социального развития, снижение уровня травматизма, снижение бремени инвалидности и сокращение случаев отказа от детей, снижение жестокого обращения и насилия в отношении детей.

Со стороны семьи и родителей:

- Улучшение дородового ухода и профилактика акушерских осложнений, улучшение родительских знаний и навыков по детскому питанию (грудное вскармливание и прикорм), улучшение показателей обращения за медицинской помощью, улучшение осведомленности родителей о профилактике инфекционных

заболеваний, улучшение привязанности и родительских знаний о практиках по развитию ребенка, безопасная домашняя среда, улучшение поддержки семей с детьми с ограниченными возможностями, снижение уровня родительского стресса, материнской депрессии и тревоги.

Со стороны общества:

- Снижение расходов на медицинское обслуживание, улучшение готовности к школе, уровня успеваемости и показателей развития, снижение затрат на лечение вакциноуправляемыми болезнями, снижение расходов здравоохранения, связанных с госпитализацией, снижение затрат на уход за детьми, оставшихся без родительского попечения, за детьми, пострадавшим от жестокого обращения, затрат, связанных с борьбой с преступностью и наркоманией, снижение случаев суицида.

Так как работа проводится на уровне всей семьи, обязательно наличие социального работника и психолога в организации здравоохранения, которые являются ключевыми членами команды вокруг ребенка.

При организации патронажей хорошо если есть возможность для трудоустройства трех участковых медицинских сестер, одна из которых полностью переводится на домашние посещения (дородовый патронаж беременной женщины, новорожденного и детей до 5 лет).

Работа патронажных сестер должна быть организована так, чтобы они могли уделять достаточное время эффективной работе с семьями. Как показывает наблюдение экспертов, в среднем из каждых 5 семей одна семья будет в группе умеренного или высокого риска, с которыми патронажная сестра проводит индивидуальную работу.

Наиболее часто встречаются риски по исключительно грудному вскармливанию, по срокам введения и качеству прикорма, по развитию ребенка (особенно развитие активной речи), вовлечению отцов в воспитание ребенка, безопасного окружения и предупреждения травм, в

вопросах ухода в целях развития ребенка (чтение, игра, общение). На проведение первичной оценки рисков и обучение семьи потребуется в среднем 40 - 60 минут, на повторные визиты по индивидуальному плану – 15-30 минут, в зависимости от типа выполняемой работы. Таким образом, в течение рабочего дня патронажная сестра может качественно обслужить 6-8 визитов.

Патронажные работники должны быть хорошо подготовленными, обладать достаточными знаниями и навыками для предоставления необходимых услуг.

Руководство области должно обеспечить эффективное функционирование ресурсных тренинговых центров (в большинстве областей это центры, в которых работают тренеры и координаторы, которые прошли курс подготовки по универсально-прогрессивной модели патронажа). Центры должны быть готовы для проведения планомерной подготовки патронажных сестер по новой программе.

Первичное обучение должно проводиться сертифицированными тренерами, с отрывом от производства, на базе тренинговых центров или учреждениях последипломного образования. Тренеры должны быть хорошо мотивированы, должны хорошо знать и соблюдать рекомендуемую методику.

Должны быть созданы материальные и технические возможности (оплата, транспорт) для развития системы поддерживающего кураторства.

Координатор и тренеры ресурсного центра должны регулярно проводить поддерживающие кураторские визиты к обученным работникам для закрепления практических навыков, анализа возникающих проблем и их решения.

Глубоко ошибочным является представление, что однократно обучившись на тренинге, патронажная сестра сразу научится делать все, будет все успевать и не будет допускать ошибок.

На тренинге патронажная сестра получает первоначальные знания, а закрепление навыков происходит в повседневной практике, с каждым случаем проведенной оценки, выявления риска, составления и выполнения индивидуального плана и т.д.

Патронажная работа должна проводиться с вовлечением в процесс командной работы. Патронажная сестра в одиночку не может эффективно выявлять и управлять рисками. Такая возможность возникает только при хорошо организованной командной работе, координируемой врачом общей практики. Координировать работу команды может только медработник (врач или старшая медсестра), который информирован о случаях риска, знает работу патронажной сестры, возможности социального работника, психолога, других специалистов, также услуги, которые могут быть предоставлены в сообществе. Для этого врач общей практики должен пройти обучение совместно с патронажной сестрой, социальным работником и психологом.

Возможность открыто обсуждать проблемы без страха наказания, взаимоотношения поддержки между членами команды способствуют профессиональному росту каждого члена команды, предупреждает эмоциональное выгорание патронажных работников и помогает в решении сложных случаев. Универсальная прогрессивная модель может быть эффективной только при наличии не менее трех медсестер на участке и при условии, что одна из трех медицинских сестер полностью занимается домашними визитами пациентов, которым необходима их помощь на дому.

ГЛАВА 5

ПОВСЕДНЕВНЯЯ РАБОТА ПАТРОНАЖНОЙ МЕДСЕСТРЫ ИЛИ ПАТРОНАЖНОГО МЕДБРАТА

Для того, чтобы патронажная работа медработников была высокоэффективной, повседневная работа патронажной медсестры или патронажного медбрата должна быть хорошо спланированной и включать планирование визитов, учитывать обратную связь от патронажных сестер, соблюдать непрерывное профессиональное развитие патронажных сестер, при проведении патронажа учитывать риски.

Планирование визитов. Правильное планирование патронажных визитов обеспечивает полноту охвата и своевременность оказания патронажных услуг.

Источником планирования является перепись населения участка, регистр прикрепленного населения, регистр беременных и детей, регистр пациентов, которым необходимо организовать наблюдение и уход на дому.

Составляется два вида плана: универсальных посещений (ежемесячный план, контроль выполнения еженедельный) и прогрессивных усиленных услуг (ежедневный план).

Ежедневно план корректируется активами к больным взрослым и детям, новорожденным из роддома и отказывающимися от вакцинации.

Мониторинг правильности составления плана и его выполнения проводит старшая сестра отделения.

Старшая сестра активно помогает в составлении плана, в его коррекции по мере поступления информации.

Первичная оценка потребностей ребенка патронажной медсестрой. Патронажная сестра в силу специфики своей работы, является первым специалистом, который проводит первичную оценку потребностей ребенка и выявляет риски, угрожающие здоровью и развитию ребенку (высокий, умеренный или низкий).



Рисунок 5.1. Алгоритм ведения случая патронажа на уровне первичной медико-санитарной помощи

В ситуациях низкого риска осуществляется планомерная работа по предоставлению семье универсального пакета услуг (формирование родительских навыков, информирование родителей по уходу и воспитанию ребенка, значению надежной привязанности, консультирование по грудному вскармливанию, прикорму, безопасной среде, игре, общению, физическому и психоэмоциональному развитию и т.д.).

В ситуации умеренного риска, когда требуется предоставление прогрессивных расширенных услуг и дополнительных посещений (риски задержки развития, депрессия родителя, отсутствие надежной привязанности и настроенности на ребенка, проблемы питания, риски по возникновению травм и несчастных случаев и другие), патронажная сестра составляет эко-карту ребенка и индивидуальный план работы с семьей.

Составление эко-карты ребенка позволяет патронажной сестре в схематичной форме за короткое время (составление эко-карты занимает в

среднем 15-20 минут) представить ситуацию ребенка в семье, понять взаимоотношения между ребенком и родителями, между другими членами семьи, с другими значимыми для ребенка людьми, связанных с этой семьей, понять уязвимости и найти сильные стороны семьи.

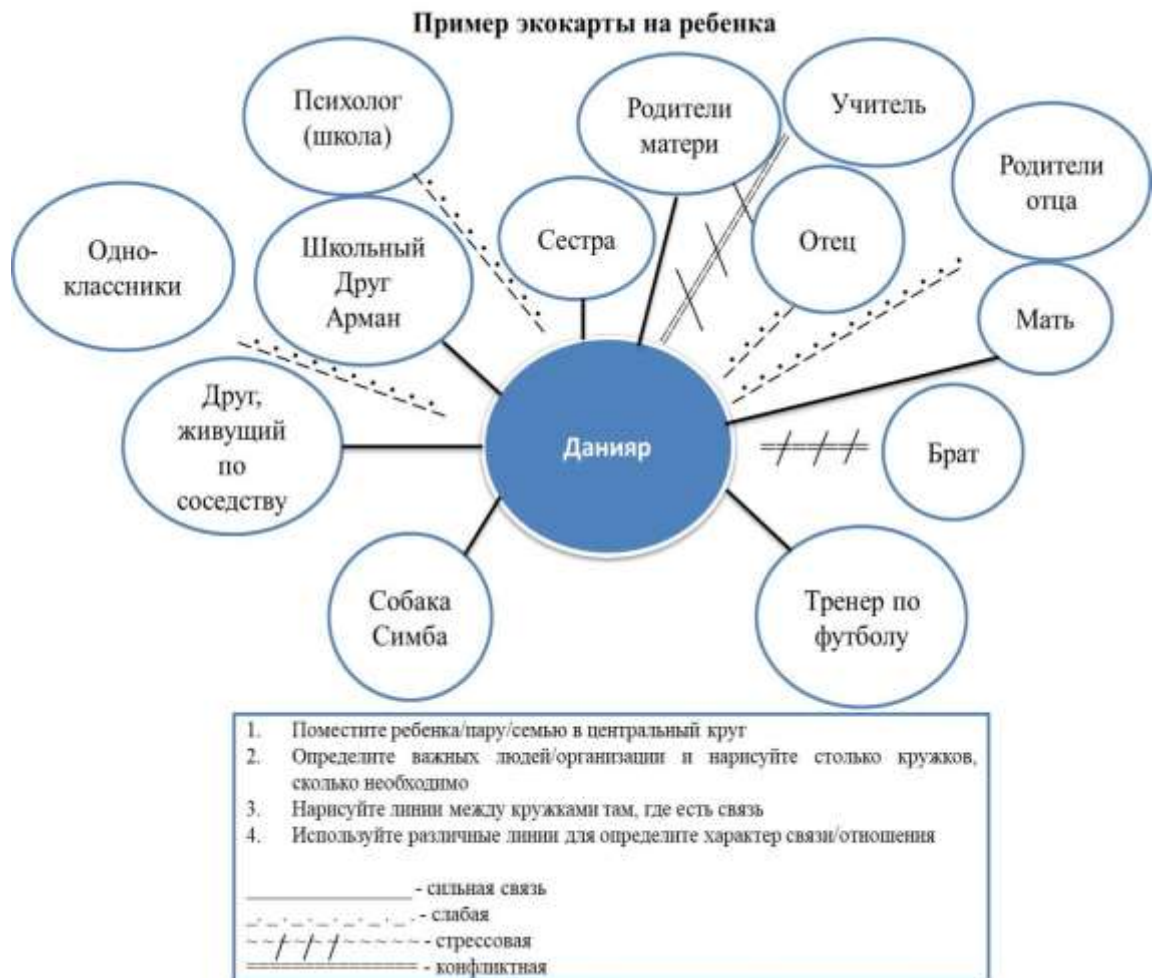


Рисунок 5.2. Схематическое изображение примера составления экокарты ребенка при проведении патронажа

В случае, если для ведения случая умеренного риска необходимо привлечь социального работника, психолога, также во всех случаях высокого риска, требующих предоставления прогрессивного интенсивного пакета услуг с привлечением других секторов, информация о семье в этот же день передается социальному работнику ПМСП.

Составление проекта плана сопровождения семьи

После посещения и вторичной оценки социального работника командой специалистов ПМСП (патронажной медсестрой, врачом, социальным работником с привлечением по необходимости других специалистов государственных организаций и неправительственного сектора) составляется индивидуальный План сопровождения семьи по развитию ребенка и родительского потенциала.

План сопровождения семьи должен учитывать потребности каждого члена семьи и может включать такие направления, как образование (устройство ребенка в группу детского сада, центр раннего развития или дошкольной подготовки) и развитие навыков родителей (например, продвижение здорового образа жизни и наращивания родительских навыков позитивного воспитания), управление острыми и хроническими состояниями, стратегия поиска работы, повышение квалификации, повышение мотивации каждого члена семьи, нуждающегося в помощи, реабилитация в случае выявленной психо-эмоциональной травмы, полученной в результате насилия, пренебрежения, потери близких членов семьи.

Цели семьи и действия Плана семьи должны быть разработаны в тесном сотрудничестве с ребенком, родителями/опекунами и другими партнерами и/или организациями, которые могли бы содействовать выполнению плана.

Согласованные с ребенком/семьей задачи должны быть обоснованными и достижимыми. Для достижения желаемых результатов необходимо запланировать достаточно времени. Планируемые действия должны учитывать способность ребенка/семьи выполнить их, а также доступные ресурсы для финансирования этих действий.

Составленный План сопровождения семьи подписывается родителями/опекунами ребенка, патронажной медсестрой, социальным

работником и врачом, участвующих в осуществлении мероприятий, мониторинге их качества и координации их выполнения.

Интервенции, определяемые мультидисциплинарной командой специалистов, направлены на повышение устойчивости семьи ребенка определение долгосрочных перспектив. При необходимости прибегнуть к психотерапии, используя разные модальности, такие как семейные конференции, консультирование семейных пар с поиском решений, групповые занятия. Оказывать посильную помощь и заботу о детях, планировать оказание услуг с перенаправлением (финансы, жилье, юридические, медицинские, или поведенческие) в соответствующие органы. Проводить координацию услуг, особенно в переходный период, мониторинг и оценку оказания услуг при завершении получения помощи.

Обратная связь от патронажных сестер. В конце недели (обычно это пятница, вторая половина дня) патронажная сестра должна представить отчет и заполненную документацию по выполненному за неделю плану старшей сестре отделения (сколько было посещений по универсальной программе, какие риски выявлены, представить индивидуальный план и эко-карту на случаи выявленных рисков, сколько было посещений по индивидуальным планам, какие изменения произошли, сколько и каких рисков устранено). Желательно присутствие врача, заведующего отделением при проведении обратной связи по итогам работы за неделю. В любом случае список пожилых пациентов, взрослых, детей и беременных с умеренным и высоким риском должен постоянно находиться на контроле у врача и старшей медсестры. Они должны интересоваться, как продвигается работа по данному случаю, какая помощь требуется патронажной медсестре, какие ресурсы можно еще использовать.

Непрерывное профессиональное развитие патронажных сестер.

Как минимум 2 часа в неделю должно быть выделено на обучение (обычно занятие проводится в среду). При этом должна присутствовать вся команда (патронажные сестры, врач, старшая сестра, соцработник).

Старшая сестра заранее дает задание патронажной сестре. Наиболее эффективной формой обучения является представление случая (трудный не разрешаемый случай или наоборот, успешно решенный случай).

Обычно это короткая презентация на 3-4 слайдах с описанием случая, представлением эко-карты, с четкой формулировкой проблемы и вопросов, которые надо обсудить. Важно, чтобы в обсуждении приняли участие члены команды и каждый мог открыто высказать свое мнение. Это укрепляет командную работу. Также важно, чтобы представляющий случай участник хорошо подготовился по соответствующему модулю.

Обсуждение должно быть в узком кругу команды, конфиденциальным, персонал не должен разглашать информацию о ребенке и семье, которые стали известны в ходе выполнения служебных обязанностей.

Поддерживающая супервизия. Как показала практика, движущей силой улучшения качества патронажной работы является поддерживающая супервизия.

Поддерживающая супервизия должна выстраиваться и продвигаться с самого начала и на всех уровнях (на уровне организации, на уровне области и на уровне страны). Ключевым моментом нового подхода к кураторству является преодоление тенденции традиционного кураторства, такие как строгая вертикальность (вышестоящий проверяет нижестоящего), нерегулярность проведения (как правило, проводится при подготовке какого-либо совещания), акцент на внешнюю курацию (в основном это проверка извне), нацеленность на поиск виновного и наказание, недостаток знаний и навыков самого куратора.

Поддерживающая супервизия – это непрерывный процесс улучшения качества оказания услуг, который не ограничивается визитом куратора и продолжается на уровне каждого работника и всего учреждения на постоянной основе.

Цель поддерживающей супервизии – оказание помощи патронажным сестрам в их профессиональном росте и достижении эффективных результатов путем прямого наблюдения за их деятельностью, дискуссии, оказания практической поддержки и обучения.

Задачи поддерживающей супервизии:

1. Улучшение знаний и закрепление практических навыков
2. Улучшение организации работы
3. Предупреждение эмоционального выгорания

Уровни поддерживающей супервизии.

Поддерживающая супервизия является трехуровневой системой: самокураторство/кураторство коллег, внутренняя супервизия и внешняя супервизия.

Первым уровнем и основой поддерживающей супервизии является самокураторство и кураторство коллег. Самокураторство или кураторство коллег означает, что каждый работник самостоятельно и/или с помощью своих коллег, при поддержке внутреннего куратора проводит оценку качества выполнения профессиональных стандартов, намечает для себя конкретные задачи и сроки выполнения, оценивает и мониторирует собственный профессиональный уровень и коммуникативные навыки (план самокурации и профессионального развития).

Вторым уровнем поддерживающей супервизии является внутренняя супервизия. Задача внутреннего супервизора - помочь каждому сотруднику выполнять свои обязанности наилучшим образом, путем наставничества и менеджмента исполнения. Старшая медсестра, участковый врач, заведующий отделением, заместитель главного врача, главный врач т.е. каждый на своем уровне является куратором для своих подразделений.

В идеале внутренним супервизором патронажной сестры является старшая медсестра отделения. Руководитель организации по согласованию с командой патронажных сестер на основе выборности может назначить освобожденного супервизора за счет перераспределения его нагрузки

среди персонала. Руководитель совместно с отделом по управлению человеческими ресурсами назначает функционал супервизора и объемы работы с перераспределением обязанностей. К основным функциональным обязанностям сотрудника, назначаемого супервизором, добавляется нагрузка по ведению супервизии, а именно:

1. Обзор и пересмотр стандартов качества предоставляемых услуг сотрудниками организации;
2. Сопровождение и наставничество новых сотрудников в течение 3-х месяцев;
3. Проведение прямого наблюдения при патронаже домохозяйств (до 3-х семей еженедельно, около 3 часов в неделю);
4. Проведение индивидуальной консультации по разработке плана профессионального развития с сотрудником с использованием методологии рефлексии и самооценки (по 2 консультации в неделю);
5. Проведение групповых занятий для сотрудников по результатам самооценки и прямого наблюдения супервизором для повышения качества предоставляемых услуг населению в соответствии со стандартами услуг (по 2 занятия в месяц);
6. Проведение групп (от 4 до 7 человек) практического обучения с целью разбора клинических случаев с представлением ситуации каждым сотрудником на основе ротации (2 раза в месяц по 40 минут);
7. Проведение групповых занятий по эмоциональной поддержке для формирования устойчивой резильентности (стрессоустойчивости) сотрудников и предупреждения эмоционального выгорания с привлечением партнерских организаций, психологов (1,5 часа в неделю);
8. Подготовка и предоставление отчета о проведенных мероприятиях по супервизии (2 часа ежеквартально) сотрудникам и руководству.

При проведении домашних визитов патронажной сестре предоставляется уникальная возможность увидеть пациента пожилого возраста, взрослого или ребенка в его естественной среде.

Это особенно важно при патронаже детей. Наблюдение поведения ребенка в его собственной среде, наблюдение окружающей обстановки, взаимоотношений родителей и других членов семьи между собой и по отношению к ребенку позволяет патронажному работнику увидеть ребенка в контексте семьи, глубже понять риски, угрожающие здоровью, развитию и безопасности ребенка. Кроме того, домашние визиты позволяют выявить и имеющиеся в семье и местном сообществе сильные стороны или ресурсы для поддержки ребенка.

Профессиональная цель патронажной детской медсестры – благополучие ребенка, защита его интересов и права на реализацию своего потенциала. Во время домашних визитов беременных женщин и семей с детьми от рождения до 5 лет патронажная сестра оценивает, насколько удовлетворены базовые потребности ребенка, в каком виде и уровне поддержки нуждается семья, чтобы обеспечить ребенку здоровое гармоничное развитие и безопасность.

Безусловно, у детей, живущих в социально неблагополучных семьях, живущих в бедности, нищете, имеющих малообразованных или употребляющих токсические продукты и т.д. родителей чаще встречаются риски для их развития и благополучия. Эти дети требуют особого внимания со стороны патронажной службы ПМСП.

Но необходимо помнить, что такие факторы как отсутствие надежной привязанности, настроенности на ребенка, отсутствие правильных родительских навыков ухода и воспитания, невовлеченность отца в воспитание ребенка, депрессия одного или обоих родителей, пренебрежительное и жестокое отношение могут встречаться в любой семье, даже в той, которая по общим экономическим меркам дохода семьи может считаться благополучной. Поэтому важен универсальный охват домашними визитами всех беременных женщин и детей раннего возраста, более глубокий подход к оценке рисков и индивидуальный подход в каждой семье и каждой ситуации.

Чтобы обеспечить индивидуальный подход в решении проблем, патронажная сестра в каждом конкретном случае должна оценить потребности ребенка и определить объем и характер дополнительной помощи, в котором нуждается семья. Находясь в любой семье, общаясь с родителями, другими взрослыми людьми, патронажная сестра всегда задает себе вопросы: «А как эта ситуация отражается на ребенке?», «Удовлетворены ли потребности ребенка в правильном питании, в безопасности, в эмоционально теплом отношении, в развитии привязанности, в температурном режиме, в гигиене?», «Играют ли с ним, разговаривают ли, читают ему книги и т.д.?», «Какие могут быть последствия для ребенка, если не изменить ситуацию?», «Какие возможности есть у родителей?», «В чем они могут справиться сами и где необходима помощь?». Патронажная сестра оценивает потребности ребенка для того, чтобы устранить или максимально снизить существующие риски, то есть, чтобы управлять рисками.

Для патронажа взрослых пациентов, которые нуждаются в помощи на дому, также существуют разработанные соответствующие Шкалы потребностей пациента, которые помогают проводить качественные патронажи и улучшать работу медперсонала в этом направлении.

ВЫВОДЫ

1. Изучены особенности работы патронажного медбрата и определить круг обязанностей работника патронажа.
2. Изучены основные виды и принципы патронажа.
3. Исследованы особенности организации общего ухода за больными при проведении патронажа.
4. Изучены особенности патронажа беременных женщин и новорожденных детей.
5. Исследованы особенности патронажа послеоперационных больных.
6. Исследованы особенности патронажа онкологических больных.
7. Исследованы особенности патронажа патронажа пожилых больных.
8. Исследованы особенности патронажа больных с неврологическими заболеваниями.
9. Проведен анализ особенностей проведения и внедрение новой универсальной прогрессивной модели патронажа беременных женщин и детей раннего возраста.
10. Изучены особенности повседневной работы патронажной медсестры или патронажного медбрата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Addiction, childhood experiences and nurse's role in prevention: a qualitative study. Mirlashari J, Jahanbani J, Begjani J. *East Mediterr Health J*. 2020 Feb 24;26(2):212-218.
2. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, Bottone H, Polson R, Maxwell M. *Int J Nurs Stud*. 2020 Apr;104:103443.
3. Changing provider behaviour to increase nurse visits for obesity in family practice: the 5As Team randomized controlled trial. Campbell-Scherer DL, Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Fielding S, Anderson R, Cave A, Johnson JA, Sharma AM. *CMAJ Open*. 2019 May 30;7(2):E371-E378.
4. Core components of the rural nurse specialist role in New Zealand. Bell J, Crawford R, Holloway K. *Rural Remote Health*. 2018 Jun;18(2):4260.
5. Effect of a Community Agency-Administered Nurse Home Visitation Program on Program Use and Maternal and Infant Health Outcomes: A Randomized Clinical Trial. Dodge KA, Goodman WB, Bai Y, O'Donnell K, Murphy RA. *JAMA Netw Open*. 2019 Nov 1;2(11):e1914522.
6. Effect of Addition of an Intimate Partner Violence Intervention to a Nurse Home Visitation Program on Maternal Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. Jack SM, Boyle M, McKee C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Scribano P, Davidov D, McNaughton D, O'Brien R, Johnston C, Gasbarro M, Tanaka M, Kimber M, Coben J, Olds DL, MacMillan HL. *JAMA*. 2019 Apr 23;321(16):1576-1585.
7. Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review. Li S, Cao M, Zhu X. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Sep;98(39):e17209.

8. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. Himmelfarb CR, Commodore-Mensah Y, Hill MN. *Ann Glob Health*. 2016 Mar-Apr;82(2):243-53.
9. Family Matters: The Nurse's Role in Assessing Family Health History in Ocular Disease. Peterson-Burch FM. *Insight*. 2018 Fall;43(4):23-25.
10. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M, Grossmann F, Henry M, Herrmann L, Koller A, Schwendimann R, Ulrich A, Weibel L, Callens B, De Geest S. *J Nurs Scholarsh*. 2016 Mar;48(2):201-9.
11. Historical Perspectives on an Expanded Role for Nursing. Keeling AW. *Online J Issues Nurs*. 2015 May 31;20(2).
12. Home Health Care: Nurse-Physician Communication, Patient Severity, and Hospital Readmission. Pesko MF, Gerber LM, Peng TR, Press MJ. *Health Serv Res*. 2018 Apr;53(2):1008-1024.
13. Impact of Fall Prevention on Nurses and Care of Fall Risk Patients. King B, Pecanac K, Krupp A, Liebzeit D, Mahoney J. *Gerontologist*. 2018 Mar 19;58(2):331-340.
14. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 29;17(3):835.
15. Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. Bender M, Connelly CD, Brown C. *J Nurs Manag*. 2013 Jan;21(1):165-74.
16. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Feb;32(1):2-6.
17. New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. Côté N, Freeman A, Jean E, Denis JL. *BMC Health Serv Res*. 2019 Nov 21;19(1):882.

18. Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units. de Guzman A, Ciliska D, DiCenso A. *Can J Public Health*. 2010 Jul-Aug;101(4):309-13.
19. Nurse Home Visiting for Families Experiencing Adversity: A Randomized Trial. Goldfeld S, Price A, Smith C, Bruce T, Bryson H, Mensah F, Orsini F, Gold L, Hiscock H, Bishop L, Smith A, Perlen S, Kemp L. *Pediatrics*. 2019 Jan;143(1):e20181206.
20. Nurses' practice in preventing postoperative wound infections: an observational study. Ding S, Lin F, Marshall AP, Gillespie BM. *J Wound Care*. 2017 Jan 2;26(1):28-37.
21. Patient education among nurses: bringing evidence into clinical applicability in Iran. Karimi Moonaghi H, Emami Zeydi A, Mirhaghi A. *Invest Educ Enferm*. 2016 Apr;34(1):137-151.
22. Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. Cardiff S, McCormack B, McCance T. *J Clin Nurs*. 2018 Aug;27(15-16):3056-3069.
23. Prenatal and Infancy Nurse Home Visiting and 18-Year Outcomes of a Randomized Trial. Kitzman H, Olds DL, Knudtson MD, Cole R, Anson E, Smith JA, Fishbein D, DiClemente R, Wingood G, Caliendo AM, Hopfer C, Miller T, Conti G. *Pediatrics*. 2019 Dec;144(6):e20183876.
24. Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review. Chen Q, Sun M, Tang S, Castro AR. *BMJ Open*. 2019 Nov 21;9(11):e032356.
25. Role of the nurse in interventions about chronicity. López-Cortacans G, Aragonès E. *Rev Esp Salud Publica*. 2019 Sep 10;90:e1-e2.
26. Role of the Nurse Navigator: integrative review. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. *Rev Gaucha Enferm*. 2018 Jul 23;39:e20170102.

27. The evolving role of the nurse during the cancer treatment decision-making process: a literature review. Tariman JD, Szubski KL. *Clin J Oncol Nurs*. 2015 Oct;19(5):548-56.
28. The nurse coordinator role: fulfillment of the nursing profession's compact with society. Gross AH, Driscoll J, Ma L. *Isr J Health Policy Res*. 2019 Jan 4;8(1):5.
29. The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review. Osakwe ZT, Aliyu S, Sosina OA, Poghosyan L. *Geriatr Nurs*. 2020 Nov-Dec;41(6):962-969.
30. The role of the bed manager nurse in medical oncology. Despiau F, Bombail M, Marion J, Delord JP. *Soins*. 2016 Oct;61(809):18-21.
31. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. *AORN J*. 2015 Aug;102(2):181.e1-9.
32. The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. Branco MJC, Lucas APM, Marques RMD, Sousa PP. *Rev Bras Enferm*. 2020 Jun 17;73(4):e20190031.
33. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. Cooper MA, McDowell J, Raeside L; ANP–CNS Group. *Br J Nurs*. 2019 Nov 14;28(20):1308-1314.
34. Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. Ross H, Tod AM, Clarke A. *J Clin Nurs*. 2015 May;24(9-10):1223-33.
35. Visit Attendance Patterns in Nurse-Family Partnership Community Sites. Holland ML, Olds DL, Dozier AM, Kitzman HJ. *Prev Sci*. 2018 May;19(4):516-527.