



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Программа охраны сексуального
и репродуктивного здоровья

Инструмент
для оценки качества
амбулаторной помощи
во время беременности и
в послеродовом периоде
женщинам и новорожденным

2013

Благодарность

Настоящий инструмент разработан Европейским региональным бюро ВОЗ в процессе консультаций с международными экспертами. Наибольший вклад в разработку руководства внесли следующие специалисты: Alberta Vacchi, Lisa Avery, Stelian Hodorogea, Giorgio Tamburini, Олег Швабский и Naila Tashbulatova. Важными были рекомендации, полученные от коллег из Кыргызстана, Туркменистана и Армении после апробации инструмента и проведения оценки в этих странах. Кроме того, специалистов многих программ Европейского регионального бюро ВОЗ также внесли существенный вклад в разработку данного инструмента. Особая благодарность коллегам из следующих программ: здоровье детей и подростков; питание, физическая активность и ожирение; борьба против табака; технологии здравоохранения и лекарственные средства.

Ключевые слова

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ
ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННОГО
ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ
ПОСЛЕРОДОВАЯ ПОМОЩЬ
ПЕРИНТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ
ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ
КАЧЕСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:
<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1. Актуальность вопросов качественного дородового и послеродового ухода	5
2. Методология разработки инструмента для оценки качества медицинского ухода.....	9
3. Основные шаги в использовании инструмента.....	10
Индикаторы.....	15
1. Системы поддержки учреждений здравоохранения.....	16
1.1 Доступность статистических данных и учетно-отчетной документации.....	16
1.2 Доступность лекарственных средств.....	17
1.2.1 Перечень используемых лекарственных средств, не имеющих доказанной эффективности.....	19
1.3 Доступность функционального оборудования и материалов для обеспечения дородового и послеродового наблюдения и ухода.....	20
1.4 Базовая инфраструктура	22
2. Обычное дородовое и послеродовое наблюдение и уход	24
2.1 Организация, предоставление дородового, послеродового наблюдения и ухода.....	24
2.2 Принципы неприкосновенности частной жизни и соблюдения конфиденциальности во время предоставления дородового и послеродового наблюдения...	25
2.3 Принципы общения в рамках предоставления дородового и послеродового наблюдения и ухода.....	25
2.4 Первое дородовое посещение медицинского учреждения.....	27
2.5 Последующие дородовые посещения, оценка наличия отдельных инфекционных и неинфекционных состояний.....	30
2.6 Ведение специфических неинфекционных состояний.....	32
2.7 Дородовое консультирование.....	40
2.8 Обычный уход за матерями в послеродовом периоде, оценка наличия отдельных инфекционных и неинфекционных состояний.....	47
2.9 Обычный послеродовой уход за новорожденными.....	50
2.10 Грудное вскармливание и распространенные проблемы, связанные с грудным вскармливанием.....	51
3. Быстрая оценка, ведение и перевод в случае распространенных дородовых и послеродовых осложнений у матерей.....	55
3.1 Гестационная гипертензия, Преэклампсия и эклампсия.....	55
3.2 Дородовое кровотечение.....	56
3.3 Угроза преждевременных родов, преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек.....	57
3.4 Пиелонефрит.....	58
3.5 Позднее послеродовое кровотечение.....	59
3.6 Ведение неполного аборта.....	59
3.7. Ведение внутриматочной инфекции/эндометрита после родов или аборта.....	60
4. Быстрая оценка состояния новорожденного, оказание экстренной помощи и перенаправление на другой уровень медицинской помощи при наличии осложнений.....	61
4.1 Оценка состояния и тактика ведения при наличии серьезных заболеваний и местной бактериальной инфекции.....	61
4.2 Оценка состояния и тактика ведения при диарее.....	62
4.3 Оценка состояния и тактика ведения при желтухе.....	63
5. Общие меры предосторожности и санитарный режим.....	65
6. Руководства и проведение аудита.....	68
7. Регионализация ухода и система перенаправления для женщин.....	70
8. Регионализация ухода и система перенаправления для новорожденных	72
Сводная оценка.....	74

Основные источники	75
Приложения:	77
Анкета для опроса медицинских работников - А	77
Анкета для опроса матерей - В	83
Форма для проверки клинических навыков	96

Список сокращений:

АД - артериальное давление
АИ - амниотический индекс
АЛТ - аланинаминотрансфераза
АН - антенатальное наблюдение
АРВ - антиретровирусные препараты
АСТ - аспаратаминотрансфераза
ББ - бессимптомная бактериурия
ББВ - бессимптомный бактериальный вагиноз
в/в - внутривенное
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
ВДМ - высота стояния дна матки
ВМК - внутриматочные контрацептивы
ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
ДАД - диастолическое давление
ДРП - дородовое посещение
ИВБДВ - интегрированному ведению болезней детского возраста
ИМТ - индекс массы тела
ИППП - инфекции передаваемые половым путем
КТГ - кардиотокография
МДИ - медико - демографическое исследование
МЗ – Министерство здравоохранения
МЛА -метод лактационной аменореи
МПС - мочеполовая система
ПМСП - первичная медико - санитарная помощь
ОББ – обеспечение безопасной беременности
ООН - Организация Объединенных Наций
РДС - респираторный дистресс синдром новорожденных
САД - систолическое артериальное давление
СПИД - синдром приобретённого иммунного дефицита
СРЗ - сексуальное репродуктивное здоровье
ТВ- туберкулез
УЗИ - ультразвуковое исследование
ЧДД - частота дыхательных движений
ЧСС - частота сердечных сокращений
ЦМВ - цитомегаловирус
Hb-гемоглобин
HELLP-синдром: H - hemolysis (гемолиз); EL - elevated liver enzymes (повышение активности ферментов печени); LP - low plateletcount (тромбоцитопения).
NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence
JSI /USAID - John Snow Incorporated /United States Agency for International Development

Введение.

1. Актуальность вопросов качественного дородового и послеродового ухода

«Качество медицинской помощи, оказываемой женщинам и детям, является ключевым фактором, влияющим на исходы беременности и очень часто простые изменения в практике могут спасти многие жизни»(1).

Еще в 1978 году в Алма-Ате (Казахстан) во время обсуждения важности первичной медико-санитарной помощи было отмечено, что матери и дети занимают центральное место в вопросах оказания медико-санитарной помощи, поскольку они являются главными уязвимыми группами населения.

С момента начала мероприятий в рамках Алма-Атинской декларации по усилению первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) сформировался пакет комплексных медицинских услуг для укрепления здоровья матери и ребенка всех слоев населения.

Для достижения целей по улучшению ПМСП, медицинская помощь женщинам и новорожденным должна быть подкреплена программами по охране репродуктивного здоровья (например, такими, как планирование семьи) и тесно связана с другими ключевыми компонентами первичной медико-санитарной помощи, такими как: иммунизация, питание, гигиена, состояние окружающей среды и действия при чрезвычайных ситуациях, а также профилактика и лечение туберкулеза, малярии (в эндемичных районах), ИППП и ВИЧ-инфекции. Все эти мероприятия могут быть результативными и эффективно адресованными через мероприятия для женщин и детей в качестве отправной точки (2). На пути к улучшению здоровья всего населения требуется, чтобы системы здравоохранения для достижения лучших результатов могла реагировать на проблемы меняющегося мира и растущие ожидания. Это предполагает существенное переориентирование и реформирование системы здравоохранения в современном обществе в первую очередь системы первичной медицинской помощи.

Качественная медицинская помощь требует соответствующей организации помощи с наличием междисциплинарных групп специалистов, отвечающих за определенную группу населения, которые должны быть легкодоступны для клиентов; требует сотрудничества с социальными службами и другими секторами, а также координацию работы больниц, специалистов и общественных организаций.

Анализ текущих тенденций в здоровье женщин и новорожденных в Европейском регионе ВОЗ, а также работа, проводимая на уровне стран, ясно показывают, что улучшение качества медицинской помощи является ключевым вопросом для дальнейшего улучшения здоровья матерей и детей (3-4).

В руководстве NICE (UK National Institute for Health and Clinical Excellence) отмечено, что беременность является нормальным физиологическим процессом, и что любые вмешательства и мероприятия, предлагаемые во время беременности должны принести доказанную пользу, должны быть приняты самими женщинами ... женщины должны быть в центре охраны материнства с правом на выбор, легкий доступ и непрерывность медицинской помощи. Дородовый уход должен позволять женщине принимать обоснованные решения, основанные на ее потребностях, а также после обсуждения всех вопросов и вовлечения соответствующих специалистов (5).

В последние годы было проведено ряд исследований и обсуждений об организации и о мероприятиях дородового и послеродового ухода. В ключевом документе ВОЗ (6) отмечено, что у нас есть лучшее свидетельство о том, что работает и что не работает для снижения материнской смертности, а также которую роль может играть антенатальный уход. Многие элементы дородовой помощи, такие как регулярный мониторинг роста и веса, не показали эффективного влияния на снижение риска серьезных осложнений и материнской смертности.

Формальная оценка риска развития осложнений, распределение, на ее основе женщин на группы высокого и низкого риска, как было показано, имеет лишь ограниченную эффективность. Большинство женщин, у которых развились угрожающие жизни осложнения, не имели очевидных факторов риска, и наоборот, те женщины, которые были определены как подвергающиеся риску, в конечном итоге не имели никаких осложнений во время беременности и родов.

Другие мероприятия антенатального ухода, таких как выявление и лечение анемии и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), привели к улучшению в состоянии здоровья, но не повлияли на снижение риска материнской смертности.

Поэтому стало ясно, что мероприятия антенатального ухода сами по себе не могут оказать значительного влияния на материнскую смертность.

В настоящее время существует общее мнение, что в центре внимания антенатального ухода должно быть улучшение здоровья матери, что должно быть основной целью, которая необходима так же для улучшения здоровья детей и повышения их выживаемости. С этим глубоким пониманием пришло понимание необходимости переориентации программ в области здравоохранения для обеспечения доступа медицинской помощи для женщин в период родов как критический период, когда случается большинство материнских смертей; пришло осознание необходимости четкой системы направлений для управления чрезвычайными ситуациями в акушерской помощи. Таким образом, именно необходимость обеспечения квалифицированной помощи во время родов, в том числе неотложной акушерской помощи являются приоритетными направлениями в программах безопасного материнства, а не стремление гарантировать, что все женщины получают антенатальный уход (6).

Тем не менее, существует потенциальная польза от некоторых мероприятий антенатального ухода и это польза может быть наиболее значимой в развивающихся странах, где уровень заболеваемости и смертности среди женщин репродуктивного возраста остаются высокими.

Прежде всего, именно в антенатальный период существует реальная возможность для проведения ряда мероприятий для беременных, которые могут иметь жизненно важное значение, как для здоровья и благополучия женщин, так и для их будущих малышей. Например, если в антенатальный период информировать женщин и членов их семей о возможных осложнениях беременности и ранних признаках их развития, а также о рисках в родах, это может помочь убедить женщин своевременно обращаться в медицинские учреждения и рожать в присутствии квалифицированных специалистов. В антенатальный период очень важно информировать женщин о важности иметь перерыв между родами, что уже признано важным фактором способствующим выживанию новорожденных.

Лучшее понимание особенностей развития и роста плода и их связь со здоровьем матери привело к повышению внимания к возможностям антенатального ухода для проведения мероприятий с целью улучшения здоровья матерей и новорожденных. Иммунизации против столбняка во время беременности может спасти жизнь и матери, и ребенка. Профилактика и лечение малярии среди беременных женщин, лечение анемии во время беременности и лечение ИППП может значительно улучшить здоровье матери и ребенка. Сочетания мероприятий, таких как улучшение питания женщин и профилактика инфекций (малярии, ИППП) во время беременности, могут уменьшить некоторые неблагоприятные исходы, например низкий вес новорожденного. Потенциал дородового периода в качестве отправной точки для профилактики и лечения ВИЧ, в частности, для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, привел к росту интереса к вопросам использования и доступности мероприятий антенатального ухода (6).

В странах с ограниченными ресурсами большинство программ антенатального ухода были созданы по образцу тех, которые используются в развитых странах, но с небольшими поправками с учетом местных условий. В последние годы, после проведенных строгих научных оценок по определению эффективности мероприятий медицинской помощи, некоторые мероприятия дородового ухода были поставлены под сомнение (6).

В 2001 году ВОЗ были опубликованы выводы рандомизированного исследования новой модели антенатального ухода (8), а также был проведен систематический обзор других рандомизированных исследований, которые оценивали эффективность различных моделей дородового ухода. Эта работа привела к растущему консенсусу вокруг ключевых мероприятий антенатального ухода, которые могут улучшить здоровье матерей и/или перинатальные исходы, хотя необходимо отметить, что эти исходы были, как правило, либо здоровье матери и плода или выживаемость новорожденных, но не материнская смертность.

Новая модель ВОЗ дородового ухода делит беременных на две группы: в первую группу вошли женщины, которым необходимо только стандартное антенатальное наблюдение (АН) (около 75%), во вторую группу - женщины с конкретными заболеваниями или факторами риска, то есть женщины,

требующие особого ухода (25 %). Для первой группы рекомендуется стандартная программа из четырех антенатальных посещений (дополнительные посещения могут быть в случае возникновения состояний, требующих специального ухода).

ВОЗ дает четкие рекомендации в отношении сроков и содержания каждого дородового посещения в зависимости от гестационного срока беременности. В руководстве ВОЗ четко описывается принцип, что "только те обследования и тесты, эффективность и польза которых была доказана, и которые необходимы для достижения непосредственной цели, могут быть выполнены". Эти мероприятия включают измерение артериального давления, тестирование мочи на бактериурию и протеинурию, анализы крови для выявления сифилиса и анемии. Регулярное измерение роста и веса при каждом визите считается необязательным. Но все еще нет доказательств и не установлены оптимальное количество антенатальных визитов, оптимальные сроки беременности для АН посещений, а так же содержание АН визитов.

На практике, показатели использования антенатального ухода легче определить, измерить и интерпретировать, чем показатели доступности помощи и ухода; данные об использовании дородовой помощи широко доступны из обследований домашних хозяйств.

Индикаторы использования дородовой помощи не дают никакой информации о содержании и качестве предоставляемых услуг.

Несмотря на широкий консенсус о важности содержания и качества, в общем, было признано, что в настоящее время АН помощь, предоставляемая во многих частях мира, не соответствует стандартам, рекомендованным ВОЗ.

Не так давно проведенные медико-демографические исследования (МДИ) позволили получить некоторую информацию о мероприятиях дородового ухода, таких как измерение роста и веса беременных женщин, определение уровня артериального давления, анализ крови и мочи. Однако в отчетах МДИ нет информации о специфических мероприятиях дородового ухода и информации о качестве дородового ухода.

Все еще продолжаются исследования и обсуждения мероприятий антенатального ухода и их временных рамок. Недавно обновленный Кокрановский систематический обзор "Альтернативное сравнение стандартных пакетов мероприятий дородового ухода женщин с низким уровнем риска" (9), используя новые методы и дополнительные данные некоторых судебных разбирательств, показал статистически значимое увеличение перинатальной смертности, связанной с моделью дородового ухода основанной на снижении числа посещений медицинских учреждений.

В связи с этими данными, 9-10 ноября 2010 года ВОЗ провела техническую консультацию, чтобы обсудить последствия этих выводов. В ходе обсуждений было сделано следующее заключение: в странах с низким и средним уровнем дохода, модель, направленная на снижение антенатальных визитов была связана с более высоким риском перинатальной смертности (15%) по сравнению со стандартной моделью дородового ухода. Причины этого пока не известны. Пакет мероприятий антенатального ухода должен быть адаптирован каждой страной для того, что все факторы риска были адресованы и учтены (9).

Кроме того, ВОЗ рекомендует мониторинг процесса реализации сложного пакета мероприятий, каким является дородовой уход. Они должны быть проверены с акцентом на качество медицинской помощи, то есть на наличие научно-обоснованных мероприятий для защиты здоровья матери и улучшения перинатальных исходов.

ВОЗ планирует разработать обновленное научно-обоснованное руководство по дородовому уходу, которое отразит результаты этих исследований и других систематических обзоров, поскольку они могут быть эффективными и полезными для улучшения перинатальных исходов. Работа над обновленным руководством, скорее всего, будет завершена в 2013 году (9).

Что касается послеродового ухода, практическое руководство ВОЗ о послеродовом уходе матери и новорожденного имеет полное описание их потребностей в период, который имеет решающее значение для жизни и здоровья. В качестве отправной точки использовалось мнение самих женщин об их нуждах и потребностях в этот период. Учитывая их мнение и пожелания, в руководстве рассматриваются основные проблемы здоровья матерей и новорожденных, вопросы питания и грудного вскармливания, проблемы интервалов между родами, иммунизации и борьбы с ВИЧ / СПИД. Приведено обсуждение важнейших элементов и мероприятий послеродового ухода. Документ заканчивает-

ся рядом рекомендаций для этого критического, но недостаточно исследованного и недостаточно обслуживаемого периода жизни женщины и новорожденного. Приложена классификация общих мероприятий в послеродовом периоде, которые разделены на четыре категории: мероприятия, которые являются полезными; которые являются вредными; мероприятия, эффективность которых не доказана; и те, которые часто используются ненадлежащим образом (10).

Подробная информация о мероприятиях и компонентах ухода на первичном уровне медицинской помощи включены в руководства для общей практики: «Беременность, роды и уход за новорожденными» (11) и «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (12), разработанных ВОЗ в 2009 и 2008 годах соответственно.

В 2010 году ВОЗом было разработано дополнительное руководство по вопросам планирования семьи, безопасного аборта, ухода и оказания помощи женщинам, новорожденным и детям (13).

Некоторые рекомендации из этого руководства (резюме):

Аntenатальный уход

Компоненты:

- Основной профилактической уход за беременными женщинами включая мероприятия по предотвращению передачи инфекции от матери ребенку;
- Ведение беременности с осложнениями.

Польза:

- Улучшает практики по здоровому образу жизни;
- Помогает предотвратить некоторые заболевания, такие как анемия, столбняк, сифилис;
- Повышает частоту использования мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
- Предоставляет возможность для профилактики малярии.

Послеродовый уход за родильницей

Компоненты:

- Основной, профилактической уход за женщиной после родов (в период от 24 часов до 6 недель);
- Ранняя диагностика и соответствующий менеджмент осложнений;
- Методы планирования семьи/ важность наличия интервалов между родами;
- Уход и консультирование ВИЧ инфицированных женщин;
- Поддержка грудного вскармливания.

Польза:

- Снижение материнской заболеваемости и смертности;
- Улучшение здоровья матерей и новорожденных через содействие наличию интервалов между родами.

Послеродовый уход за новорожденными

Компоненты:

- Основные, профилактические мероприятия для здоровых новорожденных и младенцев;
- Ранняя диагностика и менеджмент проблем у детей, тщательный уход за недоношенными или за детьми с низкой массой тела при рождении.

Польза:

- Поддерживает здоровье большинства новорожденных, рожденных здоровыми и обеспечить своевременное выявление и лечение осложнений или проблем со здоровьем, и, следовательно, снижения смертности, заболеваемости и инвалидности.
- При универсальном применении может помочь более чем в два раза сократить неонатальную смертность и сохранить более чем 2 млн новорожденных жизней каждый год;

- Обеспечивает хороший старт в жизни с практиками, которые в дальнейшем помогут защитить здоровья детей, обеспечить роста и развития в дальнейшей жизни.

В 2011 ВОЗ было разработано дополнительное техническое руководство по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), которое является желательным для использования в учреждениях первичной медицинской помощи (ПМСП)(14). Оно отражает отношения, задачи, знания и навыки, которые медицинский персонал в ПМСП должен иметь для защиты, пропаганды и обеспечения помощи по вопросам СРЗ в обществе. Требования к медицинскому персоналу служат в качестве первого шага для специалистов принимающих решения, специалистов по планированию, организации научных / учебных программ, чтобы понять и объединить требования к учебным программам и тренингам с поддержкой провайдеров СРЗ услуг с целью обеспечения безопасной и качественной медицинской помощи.

2. Методология разработки инструмента для оценки качества медицинского ухода

Основная цель инструмента ВОЗ для оценки качества родового и послеродового ухода - оказать помощь Министерствам Здравоохранения, ключевым партнерам и заинтересованным организациям в проведении оценки и анализа помощи, оказываемой медицинскими учреждениями, а так же выявить области, которые нуждаются в совершенствовании и разработке соответствующих планов действий. Инструмент, который был разработан в качестве дополнения к инструменту оценки медицинской помощи, оказываемой женщинам и новорожденным в больницах, и в первую очередь предназначен для комплексной оценки качества помощи женщинам и детям в странах. Результаты оценки качества медицинской помощи женщинам и младенцам могут быть обобщены для всей сети здравоохранения в определенной стране (оценка репрезентативной выборки определяется в зависимости от размеров страны, структуре и распределении медицинских услуг).

Оценка самого процесса, оценка полученных результатов и соответствующий план действий должны рассматриваться как составная часть стратегии улучшения качества. Этот инструмент может так же быть использован для проведения внутреннего аудита. С помощью предложенных конкретных индикаторов и системы подсчета очков для оценки качества медицинской помощи, инструмент может быть использован в программе оценки деятельности и/или аккредитации. Инструмент также полезен для представления и внедрения понятий экспертной оценки, системы поддержки (supportive supervision), профессионального аудита, а так же является эффективным способом реализации международных стандартов и рекомендаций ВОЗ в клинической практике.

Разработка инструментов связана с работой, проводимой Региональным офисом ВОЗ в Европе в реализации Программы «Обеспечение безопасной беременности» (1-2), и опирается на опыт использования инструмента для оценки качества помощи женщинам и новорожденным (15) в ряде стран европейского региона ВОЗ и в некоторых странах других регионов.

Принципы информированности

Основные принципы инструмента:

- Разработан на основе доказанных международных стандартов и руководств;
- Способен обеспечить сбор ключевой информации в однородном и достоверном направлении;
- Помогает вовлечению руководителей (менеджеров) медицинских учреждений и медицинских специалистов в процесс выявления проблем и определения возможных способов их решения;
- Предоставляет ключевую информацию (относительно качества медицинской помощи) министерствам здравоохранения и руководителям на местном уровне о вопросах, которые необходимо решать на более высоком административном или политическом уровне;
- Способствует предоставлению возможности пользователям медицинских услуг высказать свою точку зрения и позволить руководителям и медицинским специалистам учитывать мнение пользователей для выявления и устранения недостатков в системе организации помощи с целью повышения качества медицинской помощи.

Разработанный инструмент так же необходим для проведения комплексной оценки четырех основных принципов, определенных стратегическим подходом ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности»:

- быть основанным на научных доказательствах и с учетом затрат/эффективность;

- быть ориентированным на семью, с соблюдением конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни, культуры, веры, а так же с учетом эмоциональных потребностей женщин, семей и общин;
- обеспечить участие женщин в процессе принятия решений;
- обеспечить непрерывную поддержку на всех уровнях: от общины до самого высокого уровня медицинской помощи.

Соответствие стандартам

Разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ и JSI /USAID пакет учебных материалов «Эффективный перинатальный уход» (16), а так же руководство ВОЗ «Интегрированное ведение беременности и родов» разработанное глобальной программой «Обеспечение безопасной беременности», и другие публикации (см. список литературы) являются основными источниками упомянутых стандартов. Когда другие источники были использованы для покрытия вопросов, которые не указаны в выше перечисленных публикациях материалы, соответствующие ссылки упомянуты выше.

Структура инструмента

Этот инструмент предназначен для проведения, ориентированной на конкретные действия, тщательной оценки во всех основных областях, которые оказывают влияние на качество дородового и послеродового ухода, таких как инфраструктура, доступность лекарственных средств и материалов, штатное расписание, организация службы, принципы и управление делами, информация для пользователей, система перенаправления. Включено более 400 наименований.

Так как дородовой и послеродовой уход может быть предоставлен на уровне ПМСП, а так же в поликлиниках и в качестве амбулаторных услуг в родильных домах, содержание инструмента частично перекрещиваются с инструментом оценки стационарной помощи матерям и новорожденным.

Источники информации и система подсчетов баллов

Инструмент включает в себя четыре различных источника информации: данные и статистические данные, медицинские записи, прямое наблюдение случаев, а также интервью с сотрудниками и пациентами / клиентами. Благодаря сочетанию различных источников информации, инструмент позволяет выделить те районы и конкретные учреждения, которые представляют собой препятствие для предоставления качественных медицинских услуг.

Каждый пункт оценивается по информации, собранной из различных источников с подсчетом общего балла, от 3 до 0:

3 = хорошее или стандартное лечение

2 = необходимо некоторое улучшение для достижения стандартного лечения (помощь оценена как субоптимальная, при этом серьезная опасность для здоровья отсутствует, соблюдены основные принципы качества медицинской помощи)

1 = необходимо существенное улучшение для достижения стандартного лечения (субоптимальный уход со значительной опасностью для здоровья)

0 = нужны очень существенные улучшения (абсолютно недостаточный уход и / или вредная практика с серьезными опасностями для здоровья матери и / или новорожденных)

3. Основные шаги в использовании инструмента

Адаптация и использование

Инструмент представляет собой общие рекомендации, которые необходимо адаптировать эпидемиологически и, что еще важнее, к структуре системы здравоохранения и потенциалу на уровне каждой страны. Этот инструмент был разработан для использования как в учреждениях ПМСП, поликлиниках, а также в амбулаторных отделениях больниц, в небольших районных больницах, а также центрах высокоспециализированной медицинской помощи. Поэтому необходимо, чтобы группа национальных и международных экспертов, при планировании проведения оценки, выявила разделы в инструменте, которые будут использоваться в различных учреждениях, так как не во всех этих учреждениях

могут быть доступны все диагностические и лечебные мероприятия и процедуры дородовой помощи, перечисленные в инструменте. В этих случаях соответствующий раздел инструмента будет классифицирован как «не применим». Адаптация может включать в себя удаление конкретных пунктов или разделов, выбор различных стандартов (например, использование международных стандартов в качестве стандарта для страны, пока процесс их одобрения ВОЗ продолжается).

Состав оценочной команды

Проведение анализа и оценки дородового и послеродового ухода требует специфических дисциплинарных знаний как, например, в акушерстве, неонатологии/ педиатрии, медсестринском уходе, а так же способностей проводить интервью пациентов и сотрудников медицинских учреждений. Поэтому очень важно учитывать эти способности и компетенции при создании оценочной команды. Члены национальной и международной оценочных команд должны иметь представителей со знаниями в основных дисциплинарных областях. До проведения первого круга оценочных визитов национальные оценщики должны быть ознакомлены с инструментом оценки качества медицинской помощи и методами, а так же с основными источниками. Кроме того, они должны иметь поддержку и контроль со стороны опытных международных оценщиков до тех пор, пока они не обретут достаточно знаний, навыков и опыта для самостоятельного использования инструмента, проведения конфиденциальных исследований и оказания поддержки по принципу равный - равному.

Организация оценочных визитов

Письменная информация должна быть отправлена заранее во все организации, где планируется проводить оценку, с обязательным указанием целей оценки и предлагаемый график работы. Визит начинается с информирования ключевых сотрудников и руководителей о целях и методах оценки. В презентации должно быть подчеркнуто:

- что оценка является частью инициативы по поддержке медицинского учреждения в повышении качества медицинской помощи;
- что целью оценки является выявление областей медицинской помощи, которые должны быть улучшены, а так же определение мер которые должны быть предприняты на местном уровне и на более высоком административном уровне, в том числе на уровне министерств.

Необходимо так же пояснить, что как персонал, так и пользователи будут опрошены о рутинных процедурах и практиках и о том, что эксперты хотели бы, провести непосредственное наблюдение клинических практик, проанализировать медицинские карты (последние и прошлые) и журналы. Во время визитов все аспекты, относящиеся к медицинскому сервису, будут проанализированы, включая аптеки и лаборатории при их наличии.

Визит считается законченным при наличии достаточной информации для оценки всех пунктов инструмента, которые считаются применимыми к службам здравоохранения. Продолжительность визита будут, следовательно, изменяться, в зависимости от размера предоставляемых услуг, от одного до полутора суток.

Путем прямого наблюдения эксперты должны установить наличие клинических протоколов и их применение; наличие лекарственных препаратов, материалов и оборудования, и являются ли они на самом деле доступными для бесплатного обеспечения в случае, если они включены в национальные пакеты для бесплатного обеспечения. Они должны также проверить качество информации, предоставляемой медицинским персоналам пациентам. Беседа с пациентами после приема врачом или другим медицинским персоналом позволит оценить качество предоставляемой информации.

Обратная связь на уровне медицинских учреждений и отчетности на уровне страны

В конце оценки в учреждении проводятся встречи с персоналом для получения обратной связи и вовлечения сотрудников учреждения в обсуждение результатов проведенного анализа и оценки, а так же в обсуждение предлагаемых действий. Целью заключительного заседания является повышение осведомленности среди сотрудников и руководителей о вопросах качества, а также потенциале для его улучшения.

Интервью с матерями/родителями о качестве медицинской помощи, оказываемой им и их детям, будет представлять новинку для большинства профессионалов. Принятие во внимание мнение беременных женщин и матерей о различных аспектах медицинской помощи уже само по себе представляет способ продвижения среди сотрудников дружелюбного отношения к женщине и семье, а также является способом для повышения знаний о вопросах здоровья, возможностью вовлечения женщин в процесс принятия решений, касающихся их собственного здоровья, а также способом повышения осведомленности пациентов об их правах.

После оценки каждое учреждение должно получить полный доклад с суммированными выводами и рекомендациями. Комплексный письменный доклад будет подготовлен по определенным областям, что позволит разработать приоритетные действия. Рекомендуется использовать систему ВОЗ для формулирования рекомендуемых действий. Это поможет гармонизировать подходы среди медицинских учреждений и экспертов.

План действий

Стандарты и инструменты оценки являются важными, но сами по себе недостаточными для продвижения стабильных усилий, направленных на улучшение качества. Третьим важным компонентом качественного развития является наличие движущей силы способной стимулировать изменения.

Так как приверженность руководителей больниц и медицинских работников на уровне учреждений является основным фактором, определяющим изменения, очень важно, чтобы план действий, в том числе задач и обязанностей различных сотрудников был в качестве неотъемлемой части процесса оценки. Предложенные основы для определения плана действий на уровне медицинских учреждений включены в инструмент.

Анализ и план действий

1. Обсудите основные выводы проведенной оценки с руководством больницы и персоналом. При необходимости, чтобы проиллюстрировать точку зрения предоставьте детали.
2. Включите мнение беременных женщин и матерей, которые были опрошены.
3. Дайте время для руководителей и сотрудников представить их гипотезу и предположения о результатах проведенной оценки.
4. Обсудите мероприятия, за которые несут ответственность местные руководители и сотрудники, и необходимые изменения могут быть предприняты для улучшения качества медицинской помощи. Кроме того, укажите области или пункты, которые оценочная команда определила как наиболее дефицитные.
5. Сделайте приоритет мероприятиям и действиям с учетом воздействия на здоровье (предотвращение заболеваемости и смертности), и осуществимости.
6. Разработать план действий, используя рамки, предусмотренные в конце инструмента, который включает в себя действия, необходимые для воздействия на здоровье, осуществимость в областях, которые определены как наиболее в этом нуждающиеся.

Шаги

Приведем пример, как оценка качества медицинской помощи может быть проведена в Европейском регионе ВОЗ:

- Инструмент и методы оценки представляются ВОЗ Министерству Здравоохранения, после чего МЗ делает запрос для проведения оценки качества перинатальной помощи; определяются потенциальные партнеры для поддержки этих мероприятий, устанавливаются контакты.
- Совместные усилиями МЗ и ВОЗ, региональных и страновых офисов определяются группы национальных экспертов в соответствии с критериями и опытом внедрения доказательных практик (мероприятий) и рекомендаций ВОЗ в медицинской помощи для женщин и детей.
- Национальная команда встречается для знакомства с инструментом и предложений об его адаптации, которые в последующем обсуждаются с международными экспертами и Европейским региональным бюро ВОЗ.
- После этого МЗ определяет учреждения для проведения оценки, руководители центров первичной медицинской помощи должны быть проинформированы о цели, датах и рамках визита.

- Копия первой части инструмента оценки перинатальной помощи (таблица 1) рассылается заранее в каждое выбранное медицинское учреждение, с просьбой заполнить, используя данные предыдущего года.
- По прибытии в каждое учреждение, команда оценщиков встречается с руководителями учреждения, при необходимости города или района.
- Посещение каждого учреждения начинается с пленарного заседания со всеми сотрудниками, где члены оценочной группы представляются и рассказывают о цели и задачах визита.
- Оптимальная продолжительность посещений один – полтора дня для каждого учреждения, включая заполнение форм, а так же встречи для обсуждений и получения обратной связи с сотрудниками учреждений.
- Члены оценочной команды проводят оценку совместно с персоналом учреждений и в соответствии с оценочным инструментом. Группа посещает все службы и отделения каждого медицинского учреждения; встречаются с пациентами и персоналом, а также проводят глубокий анализ статистических данных, журналов и клинических записей. Они обсуждают процесс реализации доказательных мероприятий, способствующие факторы и трудности, вместе с руководителями учреждения и персоналом. Два / четыре члена команды (интервьюеры) опрашивают беременных женщин/матерей/родственников, пришедших на прием вместе, а также медицинских работников, собирают данные и обобщают результаты бесед.
- В конце визита каждого учреждения экспертная группа встречается для обсуждения выводов, подсчитывает баллы (примерно в течение 1 часа), и делает основные комментарии о сильных сторонах и тех разделах работы, где необходимы улучшения.
- В конце каждого посещения, членами оценочной команды представляют руководителям и сотрудникам учреждения основные выводы и рекомендации по основным направлениям (акушерство, неонатология, а также интервью матерей и персонала), после чего проводят их совместное обсуждение.
- Основываясь на этом обсуждении, приоритетные мероприятия по улучшению помощи на уровне учреждения, должны быть согласованы.
- После завершения всех посещений, эксперты встречаются для обобщения, сравнения, обсуждения и доработки результатов, для того чтобы обеспечить каждое учреждение перинатальной помощи электронной версией инструмента оценки, заполненной конкретными и детальными данными о наблюдениях, с подсчитанными баллами и комментариями, кроме этого составляется сопроводительное письмо с суммированием приоритетов для каждой области и необходимых действий.
- Национальная команда завершает эти документы, и каждый из них представляется и обсуждается членами оценочной команды с сотрудниками в каждом учреждении, где проводилась оценка.
- В заключении команда готовит краткие выводы и рекомендации, которые составляют для письменного отчета и подготовки последнего заседания.
- В последний день визита проводится совещание с представителями Министерства Здравоохранения, ключевыми заинтересованными сторонами, представителями ООН, а также ключевых организаций, и партнеров по развитию. Представляются резюме с общими выводами и рекомендациями, а также обсуждаются приоритетные мероприятия на уровне МЗ.
- После периода осуществления рекомендаций (от одного до двух лет), планируется проведение повторной оценки, с использованием тех же инструментов и методов и многопрофильной группы экспертов с целью определения достижений, препятствий, а также основных направлений движения вперед к улучшению качества медицинской помощи.

Список литературы

1. *Making a difference in countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*. WHO, 2006. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/wa3102006ma/en/index.html
2. *European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health*, WHO, 2008 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/european-strategic-approach-for-making-pregnancy-safer>
3. *WHO Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. WHO, 2010. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>
4. *WHO European Health for All Database*. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>
5. *NICE clinical guideline 62. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*, 2008 www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf
6. *Antenatal care in developing countries : promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. WHO 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>
7. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel BJ, Farnot U et al. *WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care*. The Lancet 2001; 357:1551-1564.
8. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; Issue 4. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.
9. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934; DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2 http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd000934_mathaim_com/en/index.html
10. *WHO Post partum care for the mother and the newborn: A practical guide*, 1998 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/
11. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, WHO IMPAC series, Reprinted with changes 2009 http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf
12. *WHO/UNICEF IMCI chart standard booklet*, WHO, 2008 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html
13. *Packages of interventions. Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. WHO, 2010 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_10_06/en/
14. *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care*. WHO, 2011 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/
15. *Making Pregnancy Safer - Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies*, WHO Regional Office for Europe 2009. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies>
16. *Effective Perinatal Care training package*, WHO Regional Office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn->

Индикаторы

Некоторые показатели работы клиник акушерско-гинекологического и педиатрического профиля	
Число обслуживаемого населения	
- женщин	
- новорожденных	
Количество участков обслуживания	
Среднее число женщин на участке	
Радиус обслуживания (расстояние до самого дальнего населенного пункта)	
Число медработников в медицинском учреждении	
- семейных врачей	
- акушеров	
- медицинских сестер	
- специалистов акушеров-гинекологов	
- педиатров	
Число беременных за год	
Доля женщин, взятых на диспансерное наблюдение в сроке беременности до 12 недель	
Доля беременных с 1-3 дородовым посещением (ДРП)	
Доля беременных с количеством ДРП 4 и более	
Процент пациенток с индуцированным абортom на сроке беременности до 12 недель	
Процент пациенток с самопроизвольным абортom на сроке беременности от 12 до 22 нед.	
Процент пациенток с индуцированным абортom на сроке беременности от 12 до 22 нед.	
Частота случаев (%) тяжелой анемии Hb <70 г/л (7г%)	
Частота случаев (%) анемии Hb от 70 до 110 г/л (11г%)	
Процент женщин, получивших препараты фолиевой кислоты в течение первого триместра беременности	
Процент женщин, получивших профилактически препараты железа	
Процент женщин, которым проводился УЗИ скрининг на сроке беременности 18-22 нед.	
Процент женщин, прошедших скрининг на сифилис	
Процент положительных результатов скрининга на сифилис	
Процент женщин, прошедших скрининг на ВИЧ	
Частота (%) случаев ВИЧ среди беременных (или среди женщин детородного возраста)	
Процент женщин, иммунизированных столбнячным анатоксином	
Процент женщин, переведенных на более высокий уровень оказания помощи в соответствии с показаниями	
Процент женщин, имевших доступ к современным методам контрацепции после родов	
Процент новорожденных, которым проведена иммунизация в соответствии с национальным календарем прививок	
Процент новорожденных, находившихся на исключительно грудном вскармливании в течение 6 месяцев	
Дополнительные показатели работы клиник акушерско-гинекологического профиля в рамках медицинских учреждений с возможностями родовспоможения	
Количество родов в год	
Процент кесаревых сечений в год	
Процент родов вне медицинских учреждений	
Процент родов без антенатального наблюдения (0 дородовых посещений)	
Показатель мертворождаемости (количество мертворожденных на 1000 новорожденных, включая живорожденных и мертворожденных)	
Уровень перинатальной смертности (количество мертворожденных плюс случаи ранней неонатальной смертности на 1000 родов)	
Уровень материнской смертности (количество случаев материнской смертности на 100.000 живорожденных)	
Процент родов на сроках беременности < 37 полных недель	
Процент преждевременных родов на сроке беременности 22 – 28 недель	
Процент родов на сроке беременности 28-34 недель	

1. Системы поддержки учреждений здравоохранения

1.1 Доступность статистических данных и учетно-отчетной документации

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Наличие и качество информационной системы управления потоком пациентов - с документами на бумажных носителях					
Наличие и качество информационной системы управления наиболее важными перинатальными показателями - с документами на бумажных носителях					
Наличие и качество компьютерной информационной системы управления потоком пациентов					
Наличие и качество компьютерной информационной системы управления наиболее важными перинатальными показателями (<i>напр., доля женщин с ДРП на сроке менее 12 недель, доля беременных с не менее 4 ДРП, показатель материнской смертности, перинатальная смертность, коэффициент мертворождаемости</i>)					
Периодический обзор и оценка статистических данных и показателей соответствующими профессиональными группами (<i>напр., анализ перинатальной заболеваемости и смертности, анализ материнской заболеваемости и смертности</i>)					
Четкость и удобочитаемость всех записей					
Медицинские записи датированы					
Все диагнозы и рекомендации четко изложены в примечаниях					
В медицинских записях четко выделяются результаты обследований и лабораторных тестов					
В медицинских записях четко выделяются все назначенные препараты и методы лечения					
Персонал, обеспечивающий дородовое наблюдение и уход, имеет достаточный доступ к информации по госпитализациям					
Персонал имеет достаточный доступ к информации из медицинских записей, сделанных в дородовой период и во время родов.					
Перинатальные (обменные) индивидуальные карты находятся на руках у матерей					
Детские карты находятся на руках у матерей, или они имеют к ним доступ					

Перинатальная карта – единственный (или дублированный картой наблюдения, хранящейся в учреждении) документ, в который заносится вся информация о течении беременности, включая результаты обследований, гравидограмму и т.д. Выдается на руки женщины с момента постановки на учет по беременности

1.2 Доступность лекарственных средств и их использование для оказания амбулаторной помощи в дородовом и послеродовом периодах женщинам и младенцам ¹

	Наличие препаратов в учреждении, оказывающего дородовое и послеродовое наблюдение на момент оценки	Отсутствие каких-либо запасов за последние 3 мес. (поставьте галочку, если ответ ДА)	Пациентке необходимо самой приобрести препараты в аптеке
Анальгетики			
Ацетилсалициловая кислота			
Парацетамол			
Средства при анафилаксии			
Комплект для оказания помощи при анафилактическом шоке (содержат хлорфенамин, дексаметазон и эпинефрин)			
Антидоты			
Глюконат кальция			
Противосудорожные препараты			
Сульфат магния			
Диазепам			
Фенобарбитал			
Антибактериальные препараты			
Амоксициллин			
Ампициллин			
Бензатина бензилпенициллин			
Бензилпенициллин			
Клоксациллин			
Цефтриаксон			
Азитромицин			
Эритромицин			
Гентамицин			
Нитрофурантоин			
Метронидазол			
Спектиномицин			
Сульфаметоксазол + триметоприм(котримаксазол)			
Ципрофлоксацин			
Клиндамицин			
Противогрибковые препараты			
Клотримазол (вагинальный.)			
Флуконазол			
Противовирусные препараты			
Ацикловир			
Антиретровирусные препараты			
Высокоактивная антиретровирусная терапия			
Антианемические препараты			
Сульфат железа			
Соль железа + Фолиевая кислота			
Фолиевая кислота			
Сердечнососудистые препараты			
Лабеталол			

Гидралазин			
Метилдопа			
Нифедипин (может также использоваться в качестве токолитического средства)			
Дезинфицирующие средства и антисептики			
Хлоргексидин			
Этанол			
Поливидона иодид			
Хлорсодержащее средство			
Средства для пероральной регидратации			
Соли для пероральной регидратации ()			
Вакцины *			
Вакцина против гепатита В			
Вакцина против столбняка			
Вакцина против полиомиелита			
Вакцина БЦЖ			
Вакцина против краснухи			
Вакцина против гриппа			
Утеротоники и токолитические средства			
Окситоцин			
Мизопростол			
Эргометрин			
Мифепристон-мизопростол			
Нифедипин			
Стероиды для созревания легких плода при риске преждевременных родов			
Бетаметазон			
Дексаметазон			
Растворы для коррекции нарушений водного, электролитного и кислотно-щелочного балансов			
Натрия хлорид 0.9%, изотонический раствор			
Лактат натрия, сложный раствор			
Глюкоза 40-50%			
Стерильная вода для инъекций			
Витамины и минералы			
Витамин D			
Витамин К (фитоменадион)			
Противозачаточные средства и методы контрацепции			
Комбинированные оральные контрацептивы (пилюли)			
Мини-пили (чистые гестагены)			
Медрокси-прогестерон (Депо-провера)			
Гормональная контрацепция в виде имплантата (Норплант)			
Презервативы			
Диафрагма			
ВМК			

* Страны имеют различия в национальных календарях вакцинации. Рекомендуется обсудить список вакцин во время первого рабочего совещания перед началом проведения оценки.

Имеются ли в аптеке или в шкафу для медикаментов какие-либо лекарственные средства с истекшим сроком годности? ДА ___ НЕТ ___

Если ДА, то перечислите, пожалуйста, просроченные препараты

Соблюдается ли система холодной цепи для хранения вакцин?

ДА ___ НЕТ ___

1.2.1 Перечень рутинно используемых в акушерской практике лекарственных средств, не имеющих доказанной эффективности

	Наличие в учреждении, оказывающего дородовое и послеродовое наблюдение +/-
Вит. С	
Кокарбоксилаза	
АТФ	
Глюкоза	
Новокаин (в/в)	
Атропин	
Витамин Е	
Папаверин	
Магний В6	
Депротеинизированный экстракт из крови телят, аналогичный ЕРО (АКТОВЕГИН <i>Актовегин</i> , производимый компанией <i>Nucomed Austria GmbH</i> - используется в качестве средства, улучшающего маточно-плацентарный кровоток в странах Восточной Европы)	
Диэтилстильбэстрола дипропионат (аналог стильбэстрола, производимого под коммерческим наименованием SYNOESTROL Синэстрол - используется при нагрубании молочных желез в странах Восточной Европы)	
Метамизол натрия (DIPYRONE Дипирон , ANALGIN Анальгин , NOVALGIN Новалгин , MELUBRIN Мелубрин , производятся и используются в качестве анальгетика во всех странах Европейского региона ВОЗ)	
Дротаверин (NO-SPA FORTE Но-шпа Форте – Производится компаниями <i>Chinoin</i> (Венгрия) и <i>Sanofi Aventis</i> (Словакия) и используется в странах Восточной Европы в качестве антиспазматического средства, в том числе для лечения «угрозы преждевременных родов», а также в качестве обезболивающего)	

Другие лекарственные средства с недоказанной эффективностью / безопасностью

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

1.3 Доступность функционального оборудования и материалов для обеспечения дородового и послеродового наблюдения и ухода

	+/-
Теплая и чистая комната	
Смотровой стол или кровать с чистым бельем	
Источник света	
Источник тепла	
Мытье рук	
Источник чистой воды	
Жидкое мыло	
Щеточка или палочка для чистки ногтей	
Одноразовые полотенца	
Средства удаления отходов	
Емкость для использованного белья	
Ведро для использованных прокладок и тампонов	
Контейнер для использованных острых предметов	
Стерилизация	
Аппарат для стерилизации инструментов	
Разное	
Настенные часы	
Таймер	
Фонарь с запасными батарейками и лампочкой	
Регистрационный журнал	
Медицинская документация	
Холодильник	
Переносная сумка-холодильник для вакцин	
Набор для оральной регидратации (кружка, ложка, измер. емкость)	
Оборудование	
Тонометр и стетоскоп	
Термометр для измерения температуры тела и/или термометр с возможностью измерения низких температур (электронный градусник)	
Настенный термометр	
Весы для взрослых	
Фетоскоп или фетальный монитор	
Весы для ребенка	
Ростомер для детей до 1 года	
Пеленальный стол для осмотра детей до 1 года	
Резанимационный набор для новорожденных: саморасправляющийся мешок типа Амбу 500мл; прозрачные маски разных размеров, ларингоскоп с запасными лампочками и батарейками, эндотрахеальная трубка, размером 3.5. мм, стерильный одноразовый катетер для санации ротовой полости/носа 60 см, ручной или механический отсос; воздуховод	
Материалы	
Перчатки:	
- <i>Хозяйственные</i>	
- <i>Стерильные</i>	
Мочевой катетер	
Шприцы и иглы, различных размеров и емкости	
Система для в/в вливаний	
Тампоны	
Желудочный зонд	
Тесты	
Набор для теста на сифилис	

Набор для экспресс-теста на ВИЧ	
Тест-полоски для выявления протеинурии	
Контейнеры для сбора мочи	
Наборы для экстренной помощи при кровотечениях и эклампсии	

1.3.1 Лабораторная поддержка

	Доступно в клинике учреждения	Доступно в недалеко расположенной лаборатории	Среднее время получения результатов	Комментарии
Гемоглобин				
Гематокрит				
Тромбоциты				
Лейкоцитарная формула				
Определение группы крови				
Определение Rh (резус фактора)				
Резус-антитела				
Белок мочи				
Микроскопия осадка мочи				
Бактериоскопическое исследование (мазок на влагалищную флору)				
Бактериологическое исследование (культура)				
Уровень глюкозы в крови				
Билирубин крови				
Тесты для оценки функции печени				
Тесты для оценки функции почек				
Серологический тест на сифилис				

Тесты, необходимые в период беременности и ухода за новорожденными, проводятся бесплатно? ДА ___ НЕТ ___

Комментарии

Тесты официально являются бесплатными, но неофициально за них необходимо платить? ДА ___ НЕТ ___

Комментарии

1.4 Базовая инфраструктура

	ДА	НЕТ	Комментарии
Учреждение легкодоступно для всех категорий клиентов: имеется лифт если здание многоэтажное, пандусы для инвалидов и детских колясок			
Постоянно ли имеется электричество?			
Имеется ли резервный источник электроснабжения на случай прекращения подачи электроэнергии (напр., дизельный генератор)			
Постоянно ли имеется проточная вода?			
Постоянно ли имеется горячая вода?			
Имеется ли в медицинском учреждении источник тепла?			
Акушерское амбулаторное отделение отделено от амбулаторного отделения общего профиля?			
Есть ли в медучреждении отдельное, соответствующим образом обставленное помещение для проведения занятий для беременных?			
Есть ли в учреждении отдельный кабинет здорового ребенка?			
Имеется ли достаточное количество соответствующих туалетов, которые содержатся в чистоте и легкодоступны?			
Имеется ли у медицинского персонала доступ к полностью оборудованным местам для мытья рук?			

Часы работы акушерского отделения амбулаторной помощи?

время _____

Часы работы педиатрического отделения амбулаторной помощи?

время _____

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Системы поддержки учреждений (необходимо обвести кружком)	Требуется улучшить			Хорошо
	0	1	2	3

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

2. Рутинное дородовое и послеродовое наблюдение и уход

2.1 Организация и предоставление дородового и послеродового наблюдения и ухода

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Медицинские работники и место предоставления услуг дородового наблюдения и ухода					
Женщинам с неосложненной беременностью предлагаются модели наблюдения и ухода, осуществляемого акушерками и врачами общего профиля/семейными врачами					
Врачи-акушеры и другие специалисты вовлекаются в уход при возникновении осложнений					
Преимственность ухода и направление/перевод в медицинские учреждения более высокого уровня					
Помощь предоставляется небольшой группой медицинских работников, с которыми у женщины создаются доверительные и комфортные отношения					
Непрерывность наблюдения обеспечивается на протяжении всей беременности и послеродового периода.					
Создана четкая система направления/ перевода в медицинские учреждения более высокого уровня (<i>чтобы беременным женщинам и родильницам/детям, нуждающимся в дополнительном уходе при возникновении проблем, обеспечивалось ведение и лечение соответствующими группами специалистов</i>)					
Документирование услуг по наблюдению и уходу					
В качестве документов используются структурированные медицинские записи					
Доступны и используются принятые национальные/местные стандарты					
Женщинам на руки выдается индивидуальная перинатальная карта, куда включается следующая информация: <ul style="list-style-type: none"> - результаты клинических исследований и лабораторных тестов - гравидограмма - признаки и симптомы осложнений - адреса и номера телефонов учреждений, оказывающих экстренную акушерскую помощь 					

2.2 Принцип неприкосновенности частной жизни и соблюдение конфиденциальности в рамках предоставления дородового и послеродового наблюдения и ухода

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Обстановка, в которой ведется прием женщин во время беременности и после родов, позволяет обеспечить конфиденциальность <i>(дает возможность обсуждать такие темы, как насилие в семье, сексуальное насилие, психические заболевания и использование психоактивных веществ и т.п.)</i>					
При обсуждении деликатных вопросов медработник предварительно убеждается в том, что его/ее и пациентку (клиентку) не услышат посторонние люди					
Медработник спрашивает согласие женщины на обсуждение вопросов ее здоровья с ее партнером или членами семьи					
Конфиденциальная информация о пациентках не должна обсуждаться с другими медработниками или за пределами медучреждения					
Место для проведения осмотра организовано таким образом, что во время обследования женщина была защищена от взглядов других людей <i>(ширма, перегородка, стена)</i>					
Вся документация конфиденциальна и должна храниться в недоступном для посторонних месте					
Доступ к журналам и другим учетным записям должен быть ограничен только кругом ответственных медицинских работников					

2.3 Соблюдение принципов информирования и общения в рамках предоставления дородового и послеродового наблюдения и ухода

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Основные принципы выписки назначений и дачи рекомендаций относительно лечения и профилактики					
Медицинские работники четко и полностью объясняют цель и результаты каждого исследования					
Объясняют женщине, в чем заключается суть лечения и почему оно необходимо					
Объясняют, что данный метод лечения не нанесет вреда ей или ее ребенку, и что отказ от лечения может ухудшить состояние.					
Используя понятную лексику, объясняют важность регулярного приема лекарств.					
Объясняют женщине, как правильно проводить лечебные процедуры, наблюдают за тем, как она первый раз выполняет процедуру в клинике					

Предупреждают женщину о возможности появления побочных эффектов. Разъясняют, что они, чаще всего не опасны, и дают рекомендации, как себя вести в случае их возникновения				
Объясняют пациентке, когда необходимо вернуться/обратиться в медучреждение в случае возникновения у нее проблем или беспокойства по поводу приема лекарственных средств				
Выявляют опасения, имеющиеся у женщины, или ее семьи, или у окружающих ее людей по поводу лечения.				
Обсуждают с пациенткой важность покупки и приема назначенного количества лекарства. Помогают ей продумать вопрос, как она сможет его приобрести.				
Общение с женщиной и сопровождающим ее лицом (семьей)				
Создают условия для того, чтобы женщина (и сопровождающее ее лицо) чувствовали себя комфортно				
Всегда проявляют дружелюбие, уважение, не осуждают				
Говорят простым и понятным языком, учитывают культурный и образовательный уровень женщины, ее религиозные верования и прочие потребности				
При необходимости обеспечивают присутствие переводчика (не из числа близких, включая партнера)				
Поощряют ее/семью задавать вопросы				
Спрашивают и предоставляют полную информацию, касающуюся ее проблем				
Оказывают ей поддержку в понимании предлагаемых вариантов и принятии решений				
При проведении любого обследования или перед любой процедурой: <ul style="list-style-type: none"> • получают согласие женщины • информируют ее о том, какие манипуляции будут производиться 				
Обобщают наиболее важную информацию, включая результаты стандартных лабораторных тестов и лечения				

2.4 Первое дородовое посещение медицинского учреждения ^{1,2}

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Большинство женщин в первый раз обращаются в медучреждение по поводу беременности до 12 недель гестации					
Женщины получают в виде памяток информацию, относительно планового количества дородовых посещений, графика посещений, содержания посещений в период дородового наблюдения с различными вариантами предоставления ухода					
У женщин имеется возможность обсудить рекомендуемый график посещений с их акушеркой или врачом					
Предлагается информация по курсам для беременных					
Разъясняется цель и эффективность скринингового обследования в период дородового наблюдения (<i>выявление бессимптомной бактериурии, УЗИ на сроке 18-20 недель для уточнения срока беременности и скрининга аномалий развития</i>)					
Выдается перинатальная (обменная) карта (возможно, карта домашних записей беременных)					
Оценка факторов риска					
Разработан и применяется четкий перечень факторов риска (медицинских, социальных, психологических) для выявления женщин, которым во время беременности может понадобиться дополнительная поддержка.					
Медицинские работники тщательно собирают анамнез – акушерский, терапевтический, хирургический, социальный					
Медицинские работники, обеспечивающие перинатальное наблюдение и уход, имеют достаточные навыки для выявления женщин, которым во время беременности может понадобиться дополнительная клиническая, социальная или психологическая поддержка					
Учет риска на основе балльной системы для планирования объема дородового наблюдения и ухода не применяется					
Всем, женщинам, требующим дополнительного ухода, составляется индивидуальный план наблюдения					
Скрининг на психические расстройства, прием психоактивных веществ и домашнее насилие ^{1,7}					
Медицинские работники знают о необходимости выявления симптомов или признаков домашнего насилия					
Женщинам предоставляется возможность рассказать о домашнем насилии, находясь в окружении, где они чувствуют себя в без-					

опасности					
Во время первого визита женщин спрашивают о наличии у них в прошлом психических заболеваний					
Женщин, у которых в анамнезе отмечались серьезные психические отклонения, направляют на консультацию к психиатру					
Женщин спрашивают о курении во время беременности					
Спрашивают партнера о курении (если он сопровождает) или саму женщину о его статусе					
Женщин спрашивают, употребляют ли они алкоголь					
Женщин спрашивают, употребляют ли они психоактивные вещества					
Опасные признаки и неотложная помощь					
Женщин информируют о признаках и симптомах осложнений беременности: - кровотечение из половых путей - головная боль - судороги - преждевременные схватки - излитие вод при недоношенной беременности - высокая температура					
Женщинам предоставляется письменная информация об опасных признаках и адреса и телефоны учреждений предоставляющих неотложную помощь					
Женщин просят повторить предоставленную информацию об опасных признаках и план действий при неотложных ситуациях.					
Определение срока беременности ⁷					
Уточняется дата последней нормальной менструации и рассчитывается предполагаемая дата родов					
Рутинно предлагается и проводится УЗИ в 18 - 22 недели с целью установления срока беременности и скрининга на выявление аномалий развития плода.					
Тесты и оценки, предлагаемые при первом визите в медучреждение					
Определение группы крови и резус-фактора ⁷					
Скрининг на выявление анемии (Hb) ²					
Скрининг на наличие вируса гепатита В ⁷					
Скрининг на ВИЧ ^{1,2}					
Скрининг на восприимчивость к вирусу краснухи, в случае отсутствия документально подтвержденного факта перенесенной краснухи или вакцинации ⁷					
Скрининг на сифилис ^{1,2}					
Расчет ИМТ (измеряется рост и вес матери) ⁷					

Артериальное давление (АД) на двух руках, в дальнейшем на той, на которой АД было выше ^{1,2}				
Анализ мочи на наличие белка и культуральное исследование средней порции мочи (посев) для выявления бессимптомной бактериурии ^{1,2}				
Если первое посещение состоялось после 24 недель гестации, измеряется высота стояния дна матки (ВДМ) результаты заносятся на гравидограмму				
Если первое посещение состоялось после 24 недель гестации, проводится аускультация сердцебиений плода				
Профилактические мероприятия				
Беременных женщин (и тех, кто планирует беременность) информируют о том, что прием пищевых добавок с фолиевой кислотой до планируемого зачатия и в первые 12 недель беременности снижает риск формирования у ребенка дефектов нервной трубки (анэнцефалии, расщелины позвоночника). ^{2,7}				
Медицинские работники рекомендуют дозу 400 мкг фолиевой кислоты в день.				
Женщинам с высоким риском формирования у ребенка дефектов нервной трубки (предыдущие дети с дефектами нервной трубки, диабет, ожирение и эпилепсия) медицинские работники рекомендуют дозу фолиевой кислоты 5 мг в день.				
В регионах с высоким риском развития анемии стандартно предлагаются железосодержащие препараты ²				
Железосодержащие препараты предоставляются бесплатно				
Женщин информируют, что здоровым беременным не предлагается рутинно прием витамина D (или другого витаминно-минерального комплекса) ⁷				
Добавки с витамином D в дозировке 10 мкг в день перорально предлагаются здоровым беременным женщинам, у которых возможен риск дефицита витамина D (<i>женщины со смуглой кожей, которые обычно покрывают свою кожу, строгие вегетарианки (веганы) и возрастной группы 19-24 лет</i>) ⁷				
В соответствии с национальными руководствами в помощь профилактике анемии в районах с высоким риском гельминтных инвазий во время беременности однократно предлагаются противогельминтные средства (<i>например: альбендазол, мебендазол</i>) во втором или третьем триместре				
Для профилактики преэклампсии или эклампсии женщинам, которые имеют фак-				

торы высокого риска развития преэклампсии риска рекомендуется ежедневный прием низких доз аспирина (75-125 мг/сутки).					
Для предотвращения преэклампсии или эклампсии женщинам, у которых наблюдается недостаток кальция в организме, или в анамнезе имелась преэклампсия или эклампсия, рекомендуется ежедневный дополнительный прием препаратов кальция (1 г/сутки)					
Женщины с высоким риском развития преэклампсии должны быть проконсультированы у врача акушера-гинеколога. В дальнейшем могут наблюдаться на первичном уровне совместно с акушерами-гинекологами.					
Назначение препаратов йода в эндемичных районах, в соответствии с национальными руководствами					
В соответствии с национальными руководствами проверяется статус иммунизации столбнячным анатоксином (ТТ) и, при наличии показаний, производится вакцинация ^{1,2}					

2.5 Последующие плановые дородовые посещения, оценка наличия отдельных инфекционных и неинфекционных состояний^{1,2}

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Предлагается не менее 4-х плановых дородовых посещений					
Во время всех посещений медицинский работник:					
- определяет срок беременности					
- спрашивает, где женщина планирует родить ребенка					
- спрашивает, отмечалось ли с момента последнего визита кровотечение из влагалища, сокращения матки или отхождение околоплодных вод					
- спрашивает, ощущаются ли шевеления плода					
Медицинский работник просматривает, обсуждает и записывает результаты всех проведенных скрининговых обследований					
Медицинский работник пересматривает запланированную модель наблюдения и ухода за беременной и выявляет женщин, которые нуждаются в дополнительном уходе					
У женщин имеется возможность обсудить проблемы и задать вопросы, касающиеся предоставленной им информации					
Женщин информируют о следующем плановом визите и согласовывают дату					

Все данные должным образом заносятся в перинатальную карту					
Предоставляется информация о курсах для беременных.					
Во время каждого посещения проводятся следующие рутинные обследования и тесты:					
- измерение АД на одной руке					
- измерение ВДМ, заполнение и анализ гравидограммы и вычерчивание графика (с 24 недели)					
- аускультация сердцебиений плода					
- измерение массы тела в случае низкого ИМТ					
- анализ мочи на наличие белка					
Другие исследования и консультирование, предлагаемые в различные сроки беременности					
Уровень гемоглобина определяется в 28-30 недель, ²					
Скрининговое обследование на гестационный диабет предлагается, в соответствии с руководствами, на сроке 24-28 недель беременности (универсальный подход или для оценки риска)					
Скрининг на сифилис предлагается дважды в течение беременности ²					
Скрининг на ВИЧ предлагается дважды в течение беременности, второй раз в сроке 34 нед. ^{2,3}					
У Rh-отрицательных женщин определяется титр анти-Rh антител дважды, во время первого визита и в 27-28 нед.					
Нижеперечисленные исследования не предлагаются медицинскими работниками рутинно:					
Исследование органов малого таза ⁷					
Повторное взвешивание женщин, за исключением случаев низкого ИМТ					
Пельвиометрия ³					
Мазок из влагалища в отсутствие признаков и симптомов вагинальных инфекций ³					
Скрининг на цитомегаловирусную инфекцию (CMV) ^{3,7}					
Скрининг на токсоплазмоз ^{3,7}					
Скрининг на вирус простого герпеса ¹⁵					
Скрининг на хламидиоз (Chlamydia trachomatis) ⁷					
Скрининг на гепатит С ⁷					
Скрининг на стрептококк В ^{3,7}					
Скрининг на асимптоматический бактериальный вагиноз ^{3,7}					
Скрининговое обследование на возможность преждевременных родов – по длине цервикального канала (измерение при выполнении трансвагинального УЗИ или при влагалищном обследовании) или с исполь-					

зованием теста на наличие фетального фибронектина ⁷					
Формальный подсчет числа шевелений плода ⁷					
Дородовая кардиотокография (КТГ) для оценки состояния плода ⁷					
УЗИ после 24 недель для оценки роста и состояния плода ^{3,7}					
Допплерометрия пупочных артерий с целью оценки состояния плода ⁷					
Допплерометрия маточных артерий для прогнозирования преэклампсии ³					
Биохимические анализы крови ¹⁰					
Тестирование свертывающей системы					
Конец третьего триместра					
После 36 недель беременности определяется положение плода ⁷					
В 36-37 недель беременности предлагается наружный поворот плода на головку при тазовом предлежании, при отсутствии противопоказаний. ⁷					
В случае разрыва плодных оболочек, поперечного положения плода или наличия рубца на матке, женщин направляют в родильные учреждения, имеющие круглосуточно условия для выполнения экстренного кесарева сечения ^{1,2}					
Обсуждается возможность вагинального родоразрешения после кесарева сечения. Правильно излагаются преимущества и риски. ¹¹					
Женщин на сроке 41 неделя гестации направляют в родильные учреждения для консультирования/помощи в связи с риском перенашивания					

2.6 Ведение специфических неинфекционных состояний¹

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Скрининг и ведение преэклампсии					
Во время каждого посещения беременным измеряют АД, строго соблюдая алгоритм измерения АД (см. приложение № 3 «проверка практических навыков»)					
Если ДАД ≥ 90 мм рт ст, или САД ≥ 140 мм рт ст измерение повторяют, порекомендовав женщине отдохнуть в течение часа					
Если ДАД ≥ 90 мм рт ст или САД ≥ 140 мм рт ст при двух измерениях, проводят анализ мочи на наличие белка.					
Женщин с диагнозом преэклампсия (ДАД 90-110 мм рт ст или САД ≥ 140 мм рт ст и протеинурия) переводят в медицинские учреждения более высокого уровня для оказания им специализированной помощи					
Женщин с диагнозом тяжелая преэкламп-					

сия (ДАД ≥ 110 мм рт ст, САД ≥ 160 мм рт ст и протеинурия), а также с любой гипертензией с проявлением любого из клинических признаков (сильная головная боль, нарушения зрения, рвота, боль в эпигастрии и др.) срочно направляют в медицинские учреждения более высокого уровня после введения им сульфата магния и антигипертензивных средств (в соответствии руководствами)					
Женщин информируют о признаках и симптомах тяжелой преэклампсии					
Не предлагаются и не используются следующие технологии					
Женщинам, у которых диагностирована только гестационная гипертензия, постельный режим и госпитализация не рекомендуются					
Для профилактики/лечения преэклампсии диуретики не назначаются					
Не даются рекомендации по ограничению потребления соли/жидкостей					
Не даются рекомендации по увеличению/уменьшению потребления белка и/или калорий					
Добавки железа, фолатов, магния, цинка или рыбьего жира для профилактики преэклампсии не назначаются					
Скрининг и лечение анемии					
Медицинский работник расспрашивает женщину о наличии у нее признаков тяжелой анемии (утомляемость, одышка, боль в груди, учащенное сердцебиение, обморочные состояния)					
Медицинский работник проверяет наличие симптомов тяжелой анемии (бледность конъюнктивы и ладоней, одышка (ЧДД))					
В случае наличия признаков и симптомов тяжелой анемии определяется уровень гемоглобина					
В случае тяжелой анемии (Hb < 70 г/л и/или резкой бледности, диспноэ, одышки в покое, боли в груди, учащенном сердцебиении) медицинский работник: <ul style="list-style-type: none"> - планирует проведение родов в учреждении с наличием службы переливания крови; - назначает удвоенную дозу препаратов железа (60 мг два раза в день) на 3 месяца; - убеждает принимать назначенное лечение и объясняет, почему был назначен препарат железа; - назначается последующий визит через 2 недели для контроля клинического прогресса, результатов анализов и эффек- 					

<p>тивности терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - в поздние сроки беременности срочно направляет в стационар; 					
<p>В случае если у женщины умеренная анемия (Hb 70-110 г/л), медицинский работник:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначает удвоенную дозу препаратов железа (60 мг два раза в день) на 3 месяца; - убеждает принимать назначенное лечение и объясняет, почему был назначен препарат железа; - проводит повторную оценку состояния во время следующего дородового посещения. Если анемия сохраняется, направляет женщину в стационар; 					
Профилактика преждевременных родов ^{3,7}					
Женщин с высоким риском преждевременных родов направляют во втором триместре для консультирования, в учреждение более высокого уровня					
Не предлагаются и не используются следующие технологии					
Женщинам с риском преждевременных родов не рекомендуют постельный режим и госпитализацию.					
Женщинам из группы риска не запрещается сексуальная активность					
Женщинам из группы риска с целью профилактики не назначают перорально бета-миметики/сульфат магния/добавки кальция					
Влагалищное исследование для определения состояния шейки матки для прогнозирования риска преждевременных родов рутинно не выполняется.					
Женщины с факторами риска в отношении преждевременных родов планово не госпитализируются во время “критических периодов” беременности					
Скрининг и ведение беременных с резус-отрицательной кровью					
На ранней стадии беременности всем женщинам предлагается определение группы крови и резус-фактора (RhD).					
Всем партнерам женщинам с отрицательным RhD предлагается определение резус-фактора (RhD)					
Скрининг на анти-Rh антитела предлагается всем RhD-отрицательным беременным женщинам, (при постановке на учет и 27-28 нед. беременности)					
Рутинная дородовая анти-D профилактика предлагается всем несенсибилизированным беременным женщинам с отрицательным Rh в соответствии с национальными руководствами (дважды: в 28 нед. и после родов)					

<i>или трижды: в 28, 34 и после родов)</i>					
В случае выявления антител женщина переводится в учреждение более высокого уровня, определенного национальными руководствами					
Беременность более 41 недели ^{2,7}					
Беременных женщин информируют о повышении риска перинатальной смертности после 41 недели беременности и рекомендуют визит к своему специалисту, если к 41-й неделе роды еще не наступили					
Существует письменный протокол ведения беременности со сроком более 41 недели					
После 41 недели беременности женщинам с неосложненной беременностью предлагают провести индукцию родов					
Возможно проведение влагалищного исследования для определения состояния шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря					
После 41 недели беременности женщинам, отказавшимся от индукции родов, переводят под наблюдение учреждения более высокого уровня для организации усиленного антенатального мониторинга, (включающий проведение не реже двух раз в неделю КТГ и УЗИ для измерения АИ)					
Рост и состояние плода ^{7,8}					
В период беременности проведение формального подсчета числа шевелений плода не рекомендуют					
Женщин информируют о необходимости обращения за медицинской помощью в случае внезапного повышения или снижения двигательной активности плода					
Измеряется и правильно записывается ВДМ на гравидограмме, а затем анализируется					
Если ВДМ не увеличилась по сравнению с данными предыдущих посещений, или отстает от нормы по данным гравидограммы, направляется на УЗИ для выявления аномалий роста.					
Биохимические и гормональные тесты для мониторинга состояния плода в период беременности не используются					
Многоводие					
При подозрении на многоводие рекомендуется проведение УЗИ					
Диагностика многоводия основывается на согласованных критериях УЗИ (АИ более 24 см, или глубина отдельного кармана амниотической жидкости не менее 8 см)					
Если диагноз подтверждается, женщину направляют для консультации в учреждение более высокого уровня					

Многоплодная беременность ^{2.7}				
Медицинский работник должным образом консультирует женщин относительно рисков многоплодной беременности как для матери, так и для плода (<i>невынашивание беременности, смерть плода, преждевременные роды, несогласованный рост плодов, фетальный трансфузионный синдром, неправильное предлежание, оперативное вагинальное родоразрешение, кесарево сечение, анемия, послеродовое кровотечение, дискомфорт, желудочно-пищеводный рефлюкс, и т.д.</i>)				
Наблюдение за многоплодной беременностью ведется совместно с акушером-гинекологом				
Постельный режим, швы на шейку матки, токолиз, или любое другое вмешательство с целью профилактики преждевременных родов при многоплодной беременности не рекомендуют				
При многоплодной беременности показано последовательные УЗИ каждые три-четыре недели				
Если поставлен диагноз неравномерного роста плодов, медицинский работник направляет женщину в стационар на консультацию				
При многоплодной беременности планируют родоразрешение в стационарах II и III уровней				
Контроль и ведение специфических инфекционных состояний				
Обследование на ВИЧ				
Медицинский работник спрашивает женщину: <ul style="list-style-type: none"> - проходила ли она ранее обследование на ВИЧ; - если да, то каков результат тестирования; - проходил ли обследование партнер женщины; 				
Если у женщины положительный результат тестов на ВИЧ, то медицинский работник: <ul style="list-style-type: none"> - проверяет, что женщина посетила соответствующих специалистов и получила необходимую информацию о предотвращении передачи ВИЧ от матери ребенку (ППВМР); - выясняет, было ли назначено лечение антиретровирусными (АРВ) препаратами, что женщина знает о начале и режиме приема; - какой метод вскармливания новорожденного выбрала женщина; - консультирует по вопросам дополни- 				

<p>тельного ухода во время беременности, родов и послеродового периода;</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультирует по вопросам правильного и регулярного использования презервативов, а также других методов контрацепции; - консультирует относительно преимуществ вовлечения партнера и прохождения им обследования; 					
<p>Если женщине неизвестен ее ВИЧ статус, то медицинский работник:</p> <ul style="list-style-type: none"> - предоставляет ключевую информацию о ВИЧ; - информирует женщину о возможности добровольного прохождения тестирования и консультирования для определения ВИЧ-статуса; - консультирует по вопросу правильного и регулярного использования презервативов; - консультирует относительно преимуществ вовлечения партнера и прохождения им тестирования; 					
<p>Если женщина знает, что результат на ВИЧ отрицательный, то медицинский работник:</p> <ul style="list-style-type: none"> - предоставляет ключевую информацию о ВИЧ; - консультирует относительно преимуществ вовлечения партнера и прохождения им тестирования; - информирует о важности сохранения отрицательного ВИЧ-статуса путем правильного и регулярного использования презервативов; 					
Выявление и лечение инфекций мочевыводящих путей					
Скрининг на бессимптомную бактериурию (посев) проводится всем беременным во время первого визита. Критерии постановки диагноза - 10^5 кол/мл					
Лечение назначается правильно: 5-7-дневный курс антибиотиков (возможно ампициллин/цефалоспориин/нитрофурантоин) женщина на период лечения не госпитализируется					
Медицинские работники правильно диагностируют пиелонефрит, и сразу же переводят в стационар					
Скрининг и надлежащее лечение сифилиса					
Скрининг на сифилис проводится всем беременным, во время первого дородового посещения и в третьем триместре.					
Диагноз сифилиса не является показанием для госпитализации и изоляции женщин во время беременности.					

Женщинам с диагнозом сифилис также проводят скрининг и лечение других ИППП.					
Женщину стараются убедить привести ее полового партнера для проведения лечения.					
Женщине дают советы по правильному и постоянному использованию презервативов для профилактики новой инфекции.					
Правильная диагностика и лечение гонореи	14, 16				
Скрининг проводят в случае высокой распространенности гонореи среди населения					
Для постановки диагноза используется посев содержимого цервикального канала					
Женщине назначается надлежащее лечение; также тестируют и лечат ее полового партнера					
Женщин не госпитализируют/не изолируют;					
Излечение контролируют последующим взятием мазка и посева через 6 недель после лечения					
Лечение других инфекций во время беременности	14-17				
Скрининг на туберкулез (ТВ) во время беременности выполняется женщинам из групп риска.					
Скрининг на гепатит В выполняется всем женщинам при наличии специфического иммуноглобулина и вакцины					
Беременным женщинам даются общие рекомендации по профилактике листериоза и токсоплазмоза					
Носителям цитомегаловируса (ЦМВ) лечение не предлагается					
Первичная ЦМВ инфекция правильно диагностируется и подтверждается соответствующими тестами					
Женщинам с первичной ЦМВ инфекцией предоставляется надлежащее консультирование относительно потенциальных рисков для плода					
Первичный токсоплазмоз правильно диагностируется и подтверждается соответствующими тестами.					
Женщинам с первичным токсоплазмозом предоставляется надлежащее консультирование относительно потенциальных рисков для плода					
Женщин с диагнозом генитальный герпес не изолируют и не госпитализируют					
Женщинам с диагнозом краснуха предлагается прерывание беременности в первые 16 недель беременности					
Вакцинация от краснухи предлагается всем серонегативным женщинам после родов, выкидыша и/или прерывания беременности,					

Женщин с диагнозом краснуха не госпитализируют					
Для выявления вульвовагинита используются правильные диагностические критерии ¹⁷					
Для лечения вагинального кандидоза у беременных женщин предлагается недельный курс имидазола местно					
Для лечения вагинального кандидоза во время беременности таблетки для перорального приема не предлагаются					

Рутинно рекомендуемые тесты и исследования

Измерение артериального давления и анализ мочи на наличие белка

Измерение артериального давления и анализ мочи на протеинурию должны выполняться во время каждого дородового посещения для скрининга на преэклампсию.⁷

Алгоритм измерения АД (см. приложение проверка практических навыков):

Анемия

Беременным женщинам должен быть предложен скрининг на наличие анемии. Скрининговое обследование проводится в начале беременности (при первом посещении медучреждения) и в 28-30 недель, когда выполняются другие скрининговые тесты крови. Это оставляет достаточно времени для лечения анемии в случае ее выявления. [B] ⁷

Группа крови и RhD статус

В начале беременности женщинам должно быть предложено тестирование для определения группы крови и RhD статуса. [B] ⁷

Измерение высоты стояния дна матки

Высоту стояния дна матки следует измерять и регистрировать во время каждого дородового посещения медучреждения, начиная с 24 недель гестации, для выявления отставания роста плода от нормативных данных для конкретного срока беременности.⁷

Аномалии плода

Ультразвуковой скрининг на выявление патологий плода рутинно предлагают в 18 - 22 недель беременности.⁷

Сифилис

Скрининг на сифилис должен быть предложен всем беременным женщинам на раннем сроке при предоставлении дородового наблюдения, поскольку лечение сифилиса благоприятно сказывается на здоровье, как матери, так и плода. [B] ⁷

ВИЧ

Беременным женщинам следует предложить в начале периода дородового наблюдения скрининг на наличие ВИЧ инфекции, поскольку адекватные антенатальные вмешательства могут снизить вероятность передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку. [A] ⁷

Бессимптомная бактериурия (ББ)

Беременным женщинам в самом начале беременности должен быть предложен рутинный скрининг на ББ путем культурального исследования средней порции мочи (посев). Выявление и лечение ББ снижает риск преждевременных родов, заболеваний МПС. [A] ⁷

Вирус гепатита В

Беременным женщинам должно быть предложено скрининговое серологическое обследование на вирус гепатита В, с тем, чтобы инфицированным женщинам было обеспечено эффективное вмешательство после родов с целью снижения риска передачи вируса от матери ребенку. [A] ⁷

Краснуха

Скрининг на наличие антител к вирусу краснухи должен быть предложен в начале проведения дородового наблюдения для выявления женщин группы риска по восприимчивости к краснухе и обеспечения вакцинации в послеродовой период с целью защиты будущих беременностей.⁷

Отмечается высокий уровень доказательности того, что проведение рутинного, а не выборочного, УЗ обследования на ранних сроках беременности до 24 недель позволяет более точно определить гестационный возраст, раньше выявить многоплодные беременности и улучшить диагностику ано-

<p>малый развития плода. ⁷</p> <p>Тесты и исследования, НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ для рутинного проведения:</p> <p><i>Исследование органов малого таза</i></p> <p>Рутинное антенатальное исследование органов малого таза не позволяет точно оценить срок гестации, выявить достоверную угрозу преждевременных родов или признаков клинически узкого таза. Его проведение не рекомендуется. ⁷</p> <p><i>Взвешивание матери</i></p> <p>Рутинное взвешивание матери в ходе беременности не эффективно для целей скринингового обследования на вероятность рождения маловесных детей или другие осложнения. Его следует исключить, поскольку оно может вызвать ненужное беспокойство без каких-либо дополнительных преимуществ. ⁷</p> <p><i>Бессимптомный бактериальный вагиноз (ББВ)</i></p> <p>Беременным женщинам не следует предлагать рутинный скрининг на БВ, поскольку имеются доказательства, что выявление и лечение ББВ не снижает риск преждевременных родов и других неблагоприятных исходов беременности. [A]⁷</p> <p><i>Хламидиоз (возбудитель Chlamydia trachomatis)</i></p> <p>Скрининг на хламидиоз не следует предлагать в качестве части рутинного дородового наблюдения, поскольку не имеется достаточных подтверждений его эффективности. ⁷</p> <p><i>Цитомегаловирус</i></p> <p>Имеющиеся данные не подтверждают эффективность рутинного скрининга на цитомегаловирусную инфекцию у беременных женщин, и его не следует предлагать. [B]⁷</p> <p><i>Токсоплазмоз</i></p> <p>Рутинное дородовое серологическое скрининговое исследование на токсоплазмоз не должно предлагаться, поскольку вред от скрининга может перевесить потенциальные выгоды. ⁷</p> <p><i>Вирус гепатита С</i></p> <p>Беременным женщинам не следует предлагать рутинный скрининг на вирус гепатита С, поскольку имеется недостаточно фактических доказательств его клинической и экономической эффективности. [C]⁷</p> <p><i>Стрептококк Группы В</i></p> <p>Беременным женщинам не следует предлагать рутинный скрининг на стрептококк группы В (GBS) поскольку его клиническая и экономическая эффективность остается неподтвержденной. [C]⁷</p> <p><i>Рутинное проведение УЗИ после 24 недель беременности</i></p> <p>Рутинное проведение УЗИ после 24 недель беременности у женщин, не входящих в группу риска, не улучшает перинатальный исход, и его не следует рекомендовать ⁷</p> <p><i>Биофизическое тестирование для диагностики задержки роста плода</i></p> <p>Все виды биофизического тестирования, включая объем амниотической жидкости (AFV), амниотический индекс, Допплерометрия, КТГ и оценку биофизических параметров плода, малоэффективны для целей диагностики низкой массы тела или задержки роста плода. ⁸</p>

2.7 Дородовое консультирование ¹

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
В ходе беременности проводится консультирование о важности исключительно грудного вскармливания					
Консультирование по вопросам планирования семьи проводится в ходе третьего триместра беременности					
Образ жизни ^{1,7}					
<i>Работа во время беременности</i>					
Беременных женщин информируют об их правах и льготах материнства.					
Для работающих женщин в период беременности должны учитываться повышенные факторы профессионального риска, которым они могут подвергаться					

Женщины получают информацию о возможных производственных рисках во время беременности.					
<i>Питание</i>					
Женщинам рекомендуют есть большее количество разнообразной здоровой пищи, такой как: мясо, рыба, масла, орехи, семена, злаки, бобы, овощи, сыр, молоко.					
Медицинский работник приводит примеры различных блюд и указывает примерные количества потребляемой пищи					
Медицинский работник уделяет больше времени консультированию по вопросам питания женщинам с пониженным питанием, подросткам и тучным женщинам					
Выявляются существующие в обществе запреты на употребление некоторых продуктов, имеющих питательную ценность для сохранения хорошего здоровья, рекомендуют игнорировать эти запреты					
Членов семьи побуждают к содействию в том, чтобы женщина хорошо питалась и избегала тяжелой физической работы					
Женщин информируют о возможности возникновения пищевых инфекций и о мерах по их профилактике					
Женщин информируют относительно специфических рисков курения (в том числе пассивного) в период беременности (таких как риск рождения маловесного ребенка, отслойка плаценты и преждевременные роды)					
Женщин (а также партнера, если он курит) рекомендуют бросить курить в период беременности и подчеркивают преимущества отказа от курения на любой стадии беременности и в любом возрасте.					
Женщин правильно информируют о рисках, связанных с употреблением алкоголя: - рекомендуют полностью отказаться от употребления спиртных напитков, поскольку безопасное количество алкоголя для периода беременности неизвестно - особенно опасными во время беременности могут стать регулярное употребление (более 5-ти стандартных порций спиртных напитков (единиц алкоголя) за один раз).					
Женщин информируют, что во время беременности следует принимать как можно меньше лекарств и ограничивать их прием обстоятельствами, когда польза от приема перевешивает возможный риск					
Женщин информируют, что путешествия на дальние расстояния (самолетом, автобусом, на автомобиле) связаны с повышен-					

ным риском развития венозного тромбоза, и что в качестве мер профилактики рекомендуется гимнастика для ног, и использование компрессионных чулков				
Женщин информируют о правильном использовании ремней безопасности (трехточечные ремни безопасности 'над и под, а не через живот')				
Женщин информируют, что если они планируют выехать за границу, они должны обсудить со своей акушеркой или врачом такие вопросы как: перелет, вакцинация и приобретение полиса медицинского страхования на время путешествия				
Беременных женщин информируют, что во время беременности ни начало, ни продолжение курса физических упражнений с умеренной нагрузкой не ассоциируются с неблагоприятными исходами				
Беременных женщин информируют о том, что половая жизнь во время беременности не ассоциируется с неблагоприятными исходами				
Беременных женщин информируют о принципах безопасного секса и правильного и систематического использования презервативов				
Дискомфортные состояния во время беременности ⁷				
<i>Тошнота и рвота в начале беременности</i>				
Женщин информируют о том, что в большинстве случаев тошнота и рвота беременных проходят самостоятельно в течение 16 - 20 недель гестации, и обычно не ассоциируются с неблагоприятными исходами беременности				
Если женщина просит или хотела бы рассмотреть возможность лечения вышеуказанных симптомов, то предлагаются эффективные вмешательства для их уменьшения				
<i>Изжога</i>				
Женщины с симптомами изжоги во время беременности получают правильные рекомендации по изменению образа жизни и питания				
Если, несмотря на изменение образа жизни и питания, изжога продолжает беспокоить, женщинам предлагаются антациды				
<i>Запор</i>				
Женщинам, страдающим запорами, предоставляется информация по изменению рациона питания (добавление в рацион отрубей или пшеничных волокон) и увеличение приема жидкости				
<i>Геморрой и варикозное расширение вен</i>				
В отсутствие доказательств эффективности				

лечения геморроя во время беременности женщин информируют о необходимости изменения рациона питания				
Если клинические симптомы продолжают беспокоить, назначают геморроидальные кремы				
Женщин информируют о том, что варикозное расширение вен является распространенным симптомом беременности, который не причинит вреда, и что ношение компрессионных чулок может облегчить проявления варикоза, но не предотвратит варикозное расширение вен				
<i>Выделения из влагалища</i>				
Женщин информируют о том, что увеличение количества выделений из влагалища представляет собой обычное физиологическое изменение в период беременности				
Если выделения сопровождаются зудом, болезненностью, неприятным запахом или болью при мочеиспускании, то причиной может быть инфекция, и рассматривается необходимость проведения исследований				
<i>Боль в спине</i>				
Женщин информируют о том, что могут помочь упражнения в воде, терапия в виде массажа, физические упражнения				
Разработка плана родов ¹				
Медицинский работник четко объясняет, почему рекомендуется, чтобы роды проходили в медицинском учреждении, делая акцент на следующих моментах: - во время родов могут возникнуть любые осложнения, и такие осложнения непредсказуемы; - в учреждении имеется персонал, оборудование, материалы и лекарства, помогающие в случае возникновения необходимости обеспечить наблюдение и уход на самом высоком уровне.				
Медицинский работник обсуждает подготовку к родам, включая следующие вопросы: - как добраться в медучреждение; - сколько будет стоить транспортировка и уход; - кто будет сопровождать женщину и окажет ей поддержку во время родов; - кто в отсутствие женщины будет помогать по дому и ухаживать за остальными детьми.				
Даются рекомендации, когда отправляться в родильное учреждение				
Женщину консультируют, что взять с собой в родильное отделение: - перинатальную карту;				

<ul style="list-style-type: none"> - чистую одежду для новорожденного; - гигиенические прокладки, которые будут использоваться после родов; - пищу и воду для нее и лица, которое будет оказывать ей поддержку. 					
--	--	--	--	--	--

2.7.1. Курсы для беременных и помощь женщинам с особыми потребностями¹

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Курсы для беременных					
Женщин информируют о возможности и преимуществах посещения курсов для беременных					
Информация о них и расписание занятий вывешиваются в медучреждении на видном месте.					
В учреждении имеется специально выделенный и обученный персонал для проведения занятий на курсах для беременных					
Эти сотрудники имеют хорошие навыки коммуникации и консультирования, а также знания по тематикам, необходимым для просвещения пациенток в период беременности					
Для проведения занятий на курсах для беременных в учреждении имеется специальное место / помещение					
Это место/помещение чистое, теплое, достаточно просторное и оснащено/ оборудовано специально для проведения занятий для беременных					
В медицинском учреждении имеются информационные материалы по различным аспектам перинатального образования					
Тематика для обучения пациенток рационально распределена на весь период беременности и включает следующие аспекты:					
В начале беременности: <ul style="list-style-type: none"> - Беременность как нормальный физиологический процесс; - Рацион и режим питания, включая дополнительный прием фолиевой кислоты и препаратов железа; - Гигиена питания, включая профилактику пищевых инфекций; - Внутриутробное развитие ребенка; - Курс гимнастики, в том числе упражнения для мышц тазового дна; - Советы, касающиеся изменения образа жизни, включая отказ от курения, приема психоактивных веществ и алкоголя. 					
В конце второго – начале третьего триместра: <ul style="list-style-type: none"> - Место для проведения родов; - Роды и родоразрешение; 					

<ul style="list-style-type: none"> - Участие партнера; - Методы релаксации; - Пути предоставления ухода; - Позиции во время родоразрешения; - Грудное вскармливание. 					
<p>На поздних сроках беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Подготовка к родам и родоразрешению; - Распознавание начала активного периода родов; - Техника грудного вскармливания; - Уход за новорожденным; - Уход за собой в послеродовом периоде; - Снижение риска возникновения послеродовой депрессии; - Контрацепция после родов. 					
Поощряется участие мужей / партнеров в занятиях на курсах для беременных					
Информационная работа среди пациенток регистрируется в журнале учета					
Женщины с особыми потребностями					
Разработаны четкие рекомендации и пути перевода на более высокий уровень оказания помощи данной категории женщин или в организованные группы поддержки					
<p>При оказании поддержки женщине, находящейся в особой ситуации медицинский работник:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создает располагающую обстановку и использует для общения мягкий и успокаивающий тон голоса - гарантирует конфиденциальность и соблюдение тайны частной жизни - относится к женщине с уважением и не выражает осуждения - дает простые прямые ответы на понятном языке - предоставляет информацию с учетом возникшей у женщины ситуации таким образом, чтобы она могла быть использована для принятия решений - проявляет внимание и терпение во время беседы 					
При работе с подростком					
Медицинский работник поощряет девушку задавать вопросы и говорит ей, что возможно обсуждение любых тем					
Понимает, что подростку трудно общаться на темы, касающиеся сексуального поведения (страх, что узнают родители, неодобрение со стороны взрослых, клеймо позора, и т.п.)					
Поддерживает подростка во время обсуждения ее ситуации и выясняет, имеются ли какие-либо конкретные опасения					
Помогает девушке разобраться в существующих вариантах выбора и решить, что					

<p>подходит для нее лучше всего:</p> <ul style="list-style-type: none"> - настоятельно рекомендует проведение родов в стационаре или акушерском центре и объясняет, почему это так важно; - еще раз убеждает в необходимости профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, как для девушки, так и для ее ребенка; - дает советы относительно важности соблюдения интервала между беременностями и родами, а также консультирует по вопросам планирования семьи. 					
Женщина, подвергающаяся насилию в семье					
Медицинский работник деликатно просит женщину рассказать, что с ней происходит, и задает вопросы, чтобы помочь женщине раскрыть ее проблему					
Выслушивает с сочувствием, не проявляя осуждения и не обвиняя					
Помогает оценить сложившуюся ситуацию: если женщина считает, что ей или ее детям угрожает опасность, то рассматривает вместе с ней возможности обеспечения безопасности					
Помогает выявить местные источники поддержки (в кругу семьи, среди друзей, в местном сообществе, в неправительственных организациях, приютах или социальных службах)					
Предоставляет возможность снова явиться на прием					
Информация о любых выявленных формах насилия, а также предположения, касающиеся возможного проявления насилия, должным образом документируется					
Персонал обучен разбираться и надлежащим образом реагировать на потребности женщин, подвергающихся насилию					
Медицинские сотрудники осведомлены о проблемах проявления насилия в отношении женщин и о распространенности таких проявлений в местном сообществе					
В учреждении демонстрируются плакаты, брошюры и другие информационные материалы, осуждающие насилие и дающие информацию о группах, способных оказать поддержку					
Установлены и используются контакты с местными организациями, работающими над проблемой ликвидации насилия					

2.8 Обычное наблюдение и уход за матерями в послеродовом периоде

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Осмотр матери в послеродовом периоде					
Медицинский работник выясняет у женщины: - когда и где произошли роды; - способ родоразрешения; - как она себя чувствует/как преодолевает эмоциональный стресс; - отмечались ли у нее какие-нибудь боли, лихорадка или кровотечение после родов; - каково ее решение относительно контрацепции; - кормит ли она грудью; - есть ли какие-нибудь проблемы с молочными железами; - возобновила ли она сексуальную жизнь.					
Медицинский работник проверяет записи на предмет: - каких-либо осложнений во время родов; - любого полученного лечения; - ВИЧ-статуса.					
Измеряется АД и температура					
Медицинский работник осматривает промежность женщины на предмет разрывов, отека и нагноения. Также и послеоперационная рана, в случае КС					
Медицинский работник осматривает прокладку на наличие кровотечения и характер лохий					
Оценивается цвет кожных покровов					
Медицинский работник осматривает грудные железы на предмет любых признаков инфекции					
Медицинский работник консультирует по вопросам послеродового ухода и гигиены, дает советы по питанию матери и по грудному вскармливанию					
Медицинский работник консультирует относительно важности соблюдения интервалов между родами и по методам планирования семьи					
Медицинский работник информирует женщину и членов ее семьи об опасных признаках, и когда необходимо обращаться за помощью					
Медицинский работник проводит любое необходимое лечение или профилактические мероприятия: (напр., иммунизацию столбнячным анатоксином, если женщина не прошла полный курс)					
Медицинский работник спрашивает о курении у самой женщины и у партнера (если он присутствует во время разговора). Обь-					

ясняет преимущества отказа от курения для здоровья ребенка и их собственного, рекомендует бросить курить.					
Медицинский работник рекомендует женщине посетить медицинское учреждение через 4-6 недель					
Диагностика и ведение осложнений в послеродовом периоде					
Анемия					
Медицинский работник дает направление на исследование уровня Нв, если в анамнезе имелось кровотечение или присутствуют клинические признаки анемии (бледность конъюнктивы, одышка или диспноэ, боль в груди, тахикардия)					
Если уровень гемоглобина <70 г/л, предлагается двойная дозировка железосодержащего препарата (60 мг два раза в день в течение 3 месяцев). Контрольный визит через 2 недели для оценки клинического прогресса и соблюдения режима лечения					
Если уровень гемоглобина 70-110 г/л, предлагается двойная дозировка железосодержащего препарата в течение 3 месяцев и контрольный визит через 4 недели для оценки клинического прогресса и соблюдения режима лечения					
Инфекция мочевыводящих путей					
Перорально назначается соответствующий антибиотик					
Женщине рекомендуют пить больше жидкости					
Следующий визит через 2 дня. В случае отсутствия улучшений – направление в стационар.					
Недержание мочи					
Выполняется осмотр с целью проверки, нет ли травмы промежности					
Перорально назначаются антибиотики для лечения инфекций нижних мочевыводящих путей					
Если состояние остается прежним в течение более 1 недели, женщину направляют в стационар					
Послеродовая депрессия					
Медицинский работник задает следующие вопросы: - Как Вы себя чувствуете в последнее время? - Отмечались ли у Вас периоды ухудшения настроения? - Продолжает ли Вас радовать то, чему Вы радовались обычно? - Чувствуете ли Вы себя такой же энергичной, как и раньше, или стали быстро уставать?					

<ul style="list-style-type: none"> - Хорошо ли Вы спите? - Сохранилась ли способность концентрировать внимание (например, при чтении газетных статей, прослушивании радиопередач, просмотре ТВ)? 					
<p>Если ставится диагноз послеродовая депрессия, медицинский работник обеспечивает женщине эмоциональную поддержку и срочно направляет ее в стационар.</p>					
<p>Если ставится диагноз <i>послеродовая эмоциональная лабильность</i>, то медицинский работник:</p> <ul style="list-style-type: none"> - убеждает женщину, что такое состояние наблюдается достаточно часто - обеспечивает эмоциональную поддержку и ободрение - информирует партнера женщины и членов ее семьи о необходимости содействия женщине 					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Обычное дородовое и послеродовое наблюдение и уход	Требуется улучшить			Хорошо
(необходимо обвести кружком)	0	1	2	3

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

2.9 Уход за новорожденным

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Полный осмотр новорожденного ребенка					
Собирается анамнез с акцентом на следующие аспекты - имя матери и ребенка, возраст ребенка, роды в срок или преждевременные, история беременности и родов; есть ли жалобы					
Медицинский работник оценивает дыхание (ребенок должен быть спокойным)					
Обращает внимание на позу ребенка, определяет в норме ли мышечный тонус					
Обращает внимание на движения ребенка - они должны быть активными и симметричными					
Осматривает предлежащую часть на предмет отека или гематом					
Осматривает кожные покровы - имеется ли бледность кожи, желтуха					
Осматривает на предмет наличия врожденных дефектов					
Определяет температуру тела					
Взвешивает ребенка					
Измеряет длину тела ребенка					
Динамика весо –ростового показателя отмечается на графике					
Если ребенок недоношенный или весит менее 2 кг, медицинский работник информирует и консультирует мать о методе «Кенгуру»					
Если ребенок родился раньше срока или весит менее 2 кг, медицинский работник назначает введение витамина К, если это не было сделано ранее					
Наблюдения заносятся в карту ребенка					
Медицинский работник проверяет вакцинацию против гепатита В, полиомиелита и БЦЖ и проводит иммунизацию, если прививки не были сделаны ранее					
Медицинский работник рекомендует матери явиться для получения ребенком следующей прививки в соответствии с планом иммунизации					
Медицинский работник использует памятки, чтобы проинформировать мать, когда необходимо обращаться за помощью при обнаружении у ребенка любого из опасных признаков					
<ul style="list-style-type: none"> - судороги; - затрудненное дыхание, учащенное дыхание; - лихорадка или пониженная температура тела; - ребенок двигается меньше обычного или заторможен; 					

<ul style="list-style-type: none"> - отказывается есть, - гнойные выделения из глаз; - пустулы на коже; - желтушное окрашивание кожи; - покраснение культи пуповины или наличие гнойного отделяемого; - кровотечение; - диарея; - ухудшение состояния 					
---	--	--	--	--	--

2.10 Оценка эффективности грудного вскармливания и ведение распространенных осложнений, связанных с грудным вскармливанием

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Оценка эффективности грудного вскармливания					
<p>Медицинский работник спрашивает у матери:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Как проходит кормление грудью? - Как часто проводилось кормление ребенка за последние сутки? - Имеются ли какие-либо трудности при кормлении? - Даете ли Вы ребенку какую-либо другую еду или напитки? - Все ли у Вас в порядке с молочными железами? - Вас что-нибудь волнует в этом плане? - Вы кормили ребенка в течение прошлого часа? 					
<p>Медицинский работник наблюдает за кормлением ребенка.</p> <p>Если ребенка не кормили в течение прошедшего часа, медицинский работник просит мать приложить ребенка к груди и наблюдает за кормлением в течение приблизительно 5-10 минут</p>					
<p>Медицинский работник обращает внимание на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Правильно ли положение ребенка; <ul style="list-style-type: none"> - Подбородок младенца касается груди матери - Рот младенца широко раскрыт - Нижняя губа вывернута наружу - Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу - Правильно ли ребенок захватывает грудь; - Насколько эффективно ребенок сосет грудь. 					
<p>Если ребенок неправильно приложен к груди или сосет грудь неэффективно - медицинский работник учит мать, как правильно выбирать положение и прикладывать ребенка к груди</p> <ul style="list-style-type: none"> - голова и тело ребенка выпрямлены - тело и лицо ребенка обращены к груди, нос ребенка на уровне соска 					

- тело ребенка близко к телу матери - мать поддерживает все тело ребенка, а не только шею и плечи.					
Если количество кормлений за сутки меньше 8 раз – медицинский работник советует матери кормить ребенка чаще, днем и ночью, и убеждает мать, что у нее достаточно молока					
Если ребенок получает дополнительную пищу или напитки – медицинский работник советует матери прекратить давать ребенку другую пищу или питье.					
Если ребенок неспособен принимать пищу, мать с ребенком срочно направляют в стационар					
Консультирование по вопросам грудного вскармливания					
Алгоритм консультирования: - Дать возможность матери удостовериться, что у нее достаточно молока для исключительно грудного вскармливания; - Объяснить, что ее грудное молоко является лучшим питанием для ребенка, не требующим дополнения в виде другой еды или питья, Объяснить, как меняется внешний вид молока: в первые дни грудное молоко густое и желтое, затем оно становится более жидким и белым. Оба вида молока полезны для ребенка; - Объяснить, что кормление грудью становится проще, если ребенок сосет и стимулирует грудь самостоятельно, а также когда ребенок подрастает; - Поощрять создание контакта «кожа-к-коже», т.к. это облегчает процесс кормления.					
Обследование молочных желез матери в случае жалоб на боль в сосках или в груди					
Медицинский работник спрашивает, все ли в порядке с молочными железами					
Медицинский работник осматривает сосок на предмет трещин и грудь на предмет наличия: - отека - блеска кожи - покраснения Осторожно пальпирует грудные железы, чтобы определить участки болезненности. Измеряет температуру. Если ребенка еще не кормили, наблюдает за кормлением грудью.					
Трещины или раздражение сосков - Медицинский работник рекомендует матери продолжать кормление грудью - Учит, как правильно держать ребенка и прикладывать его к груди; - Проводит повторную оценку через 2					

кормления (или через 1 день). Если нет улучшений, медицинский работник учит мать, как сцеживать молоко из пораженной груди и кормить им ребенка из чашки, и продолжать кормление здоровой грудью.					
Молочные железы отечны - Медицинский работник рекомендует матери продолжать кормление грудью - Учит, как правильно держать ребенка и прикладывать его к груди - Рекомендует кормить чаще - Проводит повторную оценку через 2 кормления (или через 1 день). Если нет улучшений, медицинский работник учит мать, как сцеживать достаточное количество молока до кормления в целях снижения дискомфорта					
Мастит - Медицинский работник рекомендует матери продолжать кормление грудью - Учит, как правильно держать ребенка и прикладывать его к груди - Назначает антибиотик (например: клаксациллин) на 10 дней - Повторная оценка через 2 дня. Если нет улучшений или состояние ухудшилось, направляет в стационар для исключения возможности абсцесса - В случае сильной боли дает парацетамол					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Обычный послеродовой уход за новорожденными, Грудное вскармливание	Требуется улучшить			Хорошо
(необходимо обвести кружком)	0	1	2	3

3. Быстрая оценка, ведение и перевод в случае распространенных дородовых и послеродовых осложнений у матерей

3.1. Оценка и ведение гестационной гипертензии, преэклампсии и эклампсии

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
АД измеряется у всех беременных женщин, наблюдаемых в клинике в период беременности и после родов					
Стандартное оборудование, методики и условия измерения АД используются всем персоналом,					
При показателях ДАД ≥ 90 мм рт ст, САД ≥ 140 мм рт ст измерение повторяют спустя 1 час, предложив женщине отдохнуть					
Женщинам с диагнозом гипертензия незамедлительно проводят анализ мочи с помощью тест-полосок (наличие белка в моче).					
Женщин с диагнозом преэклампсия (ДАД 90-110 мм рт ст, САД 140-160 мм рт ст и протеинурия) направляют для получения специализированной помощи в медицинские учреждения более высокого уровня					
При развитии протеинурии женщин направляют в стационар для дальнейшей оценки/мониторинга					
Преэклампсию и тяжелую преэклампсию правильно диагностируют (см. критерии ниже*)					
Антигипертензивные средства не назначаются рутинно, если САД ниже 160 мм рт ст, ДАД ниже 110 мм рт ст					
Ведение тяжелой преэклампсии и эклампсии⁴					
Устанавливают систему для в/в вливаний,					
Антигипертензивное лечение начинают всегда, если САД ≥ 160 мм рт ст и/или ДАД ≥ 110 мм рт ст или при любой гипертензии присутствуют признаки поражения органов (сильная головная боль, боли в эпигастрии, тошнота, рвота и др.)					
Проводится необходимое лечение с использованием соответствующей дозировки (<i>лабеталол в/в или перорально, нифедипин перорально или в/в, или гидралазин в/в; альфа метилдопа перорально</i>)					
сульфат магния назначается женщинам с диагнозом тяжелая преэклампсия для предотвращения эклампсии при транспортировке, женщинам с судорогами					
используются правильные дозировки сульфата магния для лечения и профилактики судорог					
При назначении сульфата магния проводится оценка диуреза, рефлексов и частота					

дыхания.					
Для использования в качестве антидота при введении сульфата магния должен быть готов 10% раствор глюконата кальция					
Женщин с тяжелой преэклампсией и/или эклампсией срочно, с выписанным направлением переводят в стационар, транспортируя в сопровождении медицинского персонала					
Дается первая доза стероидов для повышения функциональной зрелости легких плода, если срок беременности 24-34 недели					
В медицинском учреждении имеется и доступен четкий протокол ведения случаев эклампсии					
Для лечения эклампсии имеется и доступен набор лекарственных средств, инструментов и принадлежностей для оказания экстренной помощи, также доступен персонал, прошедший специальную подготовку					
В случае судорог женщин не удерживают, но укладывают на левый бок и осторожно поддерживают голову					
Женщине с судорожным припадком ничего не помещают в рот					

***Критерии гипертензии и преэклампсии**

Гипертензия

ДАД при двукратном измерении (с интервалом измерений 4-6 часов) ≥ 90 мм рт ст, или САД при двукратном измерении ≥ 140 мм рт ст

Тяжелая гипертензия

ДАД при двукратном измерении ≥ 110 мм рт ст, или САД при двукратном измерении ≥ 160 мм рт ст

Преэклампсия

Гипертензия, связанная с протеинурией (≥ 0.3 г за 24 часа) \pm отеки.

Практически, может быть поражена любая система органов

Тяжелая преэклампсия

Тяжелая гипертензия плюс протеинурия,

ИЛИ

Любая гипертензия плюс протеинурия, плюс один из следующих симптомов:

- сильная головная боль
- помутнение зрения, «мушки» перед глазами, отек диска зрительного нерва
- боль в эпигастрии и/или рвота
- признаки судорог
- болезненная пальпация печени- число тромбоцитов <100 тыс. $\times 10^9$ /л
- увеличенная активность ферментов печени (АЛТ или АСТ ≥ 70 МЕ/л)
- HELLP-синдром

3. 2 Оценка и ведение дородового кровотечения^{1,4}

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Вагинальный осмотр не проводится					
Женщину спрашивают, испытывает она боль при кровотечении (отслойка) или нет (предлежание)					
Устанавливается система для в/в вливаний					

с использованием иглы № 14-16 (18), или, лучше, катетера, если он имеется					
Если есть возможность, при массивном кровотечении или признаках шока начинается быстрая инфузия кристаллоидов: - 1 литр в течение 15-20 минут; - далее по состоянию (см. ниже)					
В качестве критериев эффективности инфузии используются показатели АД, пульс и диурез					
Женщину срочно направляют в стационар					
Женщину сопровождает медицинский персонал, с оформленным направлением для перевода					

3.3 Оценка и ведение угрозы преждевременных родов, начавшихся преждевременных родов и преждевременного разрыва плодных оболочек

Критерии	0 1 2 3				Комментарии
	0	1	2	3	
Ведение угрозы преждевременных родов и начавшихся преждевременных родов					
Медицинский работник быстро собирает анамнез преждевременных родов и сведения о факторах риска преждевременных родов (курение, социально-экономический статус, возраст, многоплодная беременность, разрыв плодных оболочек)					
Женщину спрашивают о том, когда начались схватки и какова их регулярность					
Гестационный возраст плода определяется по записям в истории					
В случае сильных и частых схваток, если нет разрыва плодных оболочек, проводится влагалищное обследование для определения степени сглаживания и раскрытия шейки, а также положения и предлежания плода					
Если произошел разрыв плодных оболочек, то осмотр проводится с использованием стерильных зеркал					
Назначается ампициллин для профилактики неонатального сепсиса, вызываемого стрептококками группы В (при начавшихся преждевременных родах)					
Женщину срочно направляют в стационар					
Стероиды назначаются правильно для профилактики РДС					
При транспортировке вводятся токолитики (нифедипин) в соответствии руководствами					
Женщину сопровождает медицинский персонал, и имеется оформленное направление для перевода					
Ведение преждевременного разрыва плодных оболочек					
Быстро собирается анамнез: время разрыва, цвет жидкости, кровь, и признаков хорио-					

амнионита (лихорадка, боль в животе, неприятно пахнущие выделения из влагалища)					
Гестационный возраст плода определяется по записям в карте					
Если диагноз не очевиден, для подтверждения разрыва плодных оболочек используется стерильное зеркало					
Влагалищное исследование для подтверждения разрыва плодных оболочек не проводится					
В случае активных родов назначаются ампициллин профилактики неонатального сепсиса (вызываемого стрептококками группы В), или эритромицин в случае отсутствия родовой деятельности для пролонгации беременности					
Стероиды назначаются правильно для профилактики РДС плода					
Женщину срочно направляют в стационар					
Женщину сопровождает медицинский персонал, и имеется оформленное направление для перевода					

3.4 Оценка и ведение пиелонефрита

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Ведение пиелонефрита					
Быстро собирается анамнез симптомов пиелонефрита: высокая температура, боль в боку и жжение при мочеиспускании					
Делается общий анализ мочи и бактериологический посев мочи					
Измеряют АД температуру и пульс					
Устанавливается система для в/в вливаний с использованием иглы № 14-16 (18), или лучше катетера, если он имеется					
Согласно руководствам назначаются в/м или в/в соответствующие антибиотики (ампициллин или цефазолин)					
Если есть возможность, при признаках шока начинается быстрая инфузия кристаллоидов: <ul style="list-style-type: none"> - 1 литр в течение 15-20 минут; - Далее по состоянию (см. ниже) 					
Критериями эффективности инфузионной терапии вливаний являются показатели АД, пульса и диурез					
Женщину срочно направляют в стационар					
Женщину сопровождает медицинский персонал, и имеется оформленное направление для перевода					

3.5 Ведение позднего послеродового кровотечения

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Быстро собирается анамнез и сведения о развившихся симптомах: где и когда прошли роды, способ родоразрешения, когда началось кровотечение, объем кровопотери, лихорадка, лохии с неприятным запахом					
Измеряют АД, температуру и пульс					
Катетеризируют мочевой пузырь					
Проводится абдоминальное исследование матки на предмет болезненности или мягкости при пальпации					
Если матка болезненная или мягкая, то назначают утеротонические средства и в/в или в/м антибиотики в соответствии с рекомендациями					
Быстро проводится вагинальное исследование, чтобы исключить возможность кровотечения как следствие разрывов мягких тканей родовых путей					
В случае если кровотечение является следствием разрывов, разрывы ушивают или тампонируют со сдавливанием на период, пока осуществляется транспортировка в стационар					
Устанавливается система для в/в вливаний с использованием иглы № 14-16 (18), или лучше катетера, если он имеется, и назначается в/в введение жидкостей.					
Если есть возможность, при признаках шока начинается быстрая инфузия кристаллоидов: - 1 литр в течение 15-20 минут; - далее по состоянию (см. ниже)					
Критериями эффективности инфузионной терапии вливаний являются показатели АД, пульса и диурез					
Женщину срочно направляют в стационар					
Женщину сопровождает медицинский персонал, и имеется оформленное направление для перевода					

3.6 Ведение неполного аборта

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Быстро собирают анамнез: гестационный возраст, когда началось кровотечение, объем кровопотери, лихорадка, неприятно пахнущие выделения из влагалища					
Измеряют АД, температуру и пульс					
Проводится исследование в зеркалах, чтобы определить наличие остатков тканей в просвете канала шейки матки и возмож-					

ность их удаления					
Катетеризируют мочевой пузырь					
В соответствии с руководствами назначаются утеротоники для экспульсии оставшихся частей плодного яйца					
Устанавливается система для в/в вливаний с использованием иглы № 14-16(18), или лучше катетера, если он имеется, и назначается в/в введение жидкостей					
Если есть возможность, при признаках шока начинается быстрая инфузия кристаллоидов: - 1 литр в течение 15-20 минут; - далее по состоянию (см. ниже)					
Критериями эффективности инфузионной терапии вливаний являются показатели АД, пульса и диурез					
Женщину срочно направляют в стационар					
Женщину сопровождает медицинский персонал, и имеется оформленное направление для перевода					

3.7 Ведение внутриматочной инфекции/эндометрита после родов или аборта

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Быстро собирается анамнез: температура >38°C, слабость, боли внизу живота, лохии/выделения с неприятным запахом, в анамнезе кровотечение с большой кровопотерей					
Измеряют АД, температуру и пульс					
Проводится абдоминальное исследование матки на предмет болезненности или мягкости при пальпации					
Выполняется бимануальное исследование органов малого таза					
Начинают вводить в/м или в/в антибиотики					
Устанавливается система для в/в вливаний с использованием иглы № 14-16 (18), или лучше катетера, если он имеется					
Если есть возможность, при признаках шока начинается быстрая инфузия кристаллоидов: - 1 литр в течение 15-20 минут; - далее по состоянию (см. ниже)					
Критериями эффективности инфузионной терапии вливаний являются показатели АД, пульса и диурез					
Женщину срочно направляют в стационар					
Женщину сопровождает медицинский персонал, и имеется оформленное направление для перевода					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Быстрая оценка, ведение и перевод в случае дородовых и послеродовых осложнений у матерей	Требуется улучшить			Хорошо
	0	1	2	3
(необходимо обвести кружком)				

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

4 Быстрая оценка состояния новорожденного, оказание необходимой экстренной помощи и направление на более высокий уровень медицинской помощи при наличии осложнений

4.1 Оценка состояния и тактика ведения при наличии серьезных заболеваний и местной бактериальной инфекции

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Проверить ребенка на наличие признаков серьезных заболеваний и местной бактериальной инфекции					
Медицинский сотрудник спрашивает маму ребенка: - Испытывает ли мама трудности в кормлении ребенка? - Были ли у ребенка судороги?					
Медицинский сотрудник: - Определяет частоту дыхания ребенка за одну минуту (повторите подсчет, если частота дыхания 60 и более раз в мин.) - Осмотрите ребенка на наличие значительного втяжения грудной клетки - При проведении осмотра ребенок должен быть спокойным					
Измерение температуры тела в подмышечной области					
Осмотр пупка - Есть ли покраснения или гнойный выделения?					
Осмотр кожи на наличие гнойничков (пустул)					
Осмотр и оценка двигательной активности ребенка. - Если ребенок спит, просит маму разбудить малыша; - Если ребенок не двигается, осторожно стимулирует его/ее подвигаться.					
При наличии одно из ниже перечисленных признаков: - плохо сосет грудь или плохо усваивает пищу; - судороги; - частота дыхания > 60 в минуту; - значительного втяжения грудной клетки; - температура тела выше 37.5 °C; - низкая температура тела (< 35.5 °C); - ребенок двигается только при его стимулировании или ребенок вообще не двигается;					
Назначает первую дозу надлежащего антибиотика внутримышечно					
Начинает лечение для профилактики низкого уровня глюкозы в крови: - если ребенок может сосать грудь, просит маму покормить его грудным молоком;					

- если ребенок не может сосать грудь, но может глотать, дает ему сцеженное грудное молоко или его заменитель или 30-50 мл воды с сахаром; - Если ребенок не может глотать, дает ему 50 мл грудного молока или сладкой воды через назогастральный зонд.					
Мама с ребенком экстренно направляется в стационар					
Перевод мамы с ребенком в стационарное учреждение проводится в сопровождении медицинского персонала с надлежащими медицинскими записями осмотра и проведенных мероприятий					
Медицинский работник советует маме, как правильно сохранять ребенка в тепле при переводе в больницу					
Тактика ведения при наличии местной бактериальной инфекции (покраснения в области пупка, гнойные выделения или гнойничковые высыпания на коже)					
Медицинский работник дает надлежащий антибиотик перорально					
Обучает маму, как правильно обрабатывать очаги местной инфекции дома					
Советует маме уход за ребенком в домашних условиях					
Повторный осмотр через 2 дня					
Если признаки инфекции сохраняются или стало хуже, срочно направляет женщину и маму на госпитализацию в стационар					
Перевод мамы с ребенком в стационарное учреждение проводится в сопровождении медицинского персонала с надлежащими медицинскими записями осмотра и проведенных мероприятий					
Если гнойные выделения или покраснения в области пупка уменьшились, советует маме продолжить терапию антибиотиками в течении 5 дней в домашних условиях					

4.2. Оценка состояния и тактика ведения при диарее

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Медицинский работник осматривает ребенка на наличие признаков обезвоживания					
Наличие двух из ниже перечисленных признаков: - запавшие глаза - кожная складка разглаживается очень медленно (более 2 секунд) говорит о наличии тяжелого обезвоживания					
Ребенок с мамой экстренно направляется в стационар					
Перевод ребенка с мамой в стационар проводится в сопровождении медицинского					

персонала с надлежащими медицинскими записями осмотра и проведенных мероприятий				
<p>Медицинский работник начинает лечение обезвоживания (план С):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Если возможно, немедленно начинает в/в инфузию кристаллоидов (100 мл/кг); - Если возможно, начинает регидратацию через назогастральный зонд; - Если ребенок может пить самостоятельно, дает раствор оральной регидратационной соли перорально (лучше с пониженной осмолярностью) (5 мл/кг/час); - Советует продолжать грудное вскармливание как можно чаще по требованию ребенка. 				
<p>Наличие двух из ниже перечисленных признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - беспокойство и раздражительность; - запавшие глаза; - кожная складка разглаживается очень медленно (более 2 секунд). <p>говорит об умеренном обезвоживании</p>				
<p>Медицинский работник начинает лечение обезвоживания (план В)</p> <p>Дает раствор регидратационной соли перорально (лучше с пониженной осмолярностью) (200-400 мл)</p>				
Показывает маме, как давать раствор оральной регидратационной соли				
Советует продолжать грудное вскармливание как можно чаще по требованию				
Если ребенок не на грудном вскармливании, назначает питье чистой воды (100-200 мл/4 часа)				
При наличии других опасных признаков или если состояние ребенка не улучшается, ребенок с мамой экстренно направляется в стационар				
Перевод ребенка с мамой в стационар проводится в сопровождении медицинского персонала с надлежащими медицинскими записями осмотра и проведенных мероприятий				

4.3 Оценка состояния и тактика ведения при наличии желтухи

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
<p>Медицинский сотрудник спрашивает маму</p> <ul style="list-style-type: none"> - возраст ребенка, когда появились проблемы; - группу крови и резус фактор родителей; - как протекала беременность и роды; - роды были в срок или преждевременными; - была ли желтуха у других детей (при 					

наличии еще детей в этой семье).					
Оценка тяжести желтухи					
При наличии желтых ладошек и подошв у ребенка любого возраста медицинский работник: - направляет ребенка срочно в больницу; - поощряет грудное вскармливание по пути в стационар; - если есть трудности с грудным вскармливанием, дает ему сцеженное грудное молоко из чашки.					
Если желтуха появилась через 24 часа после рождения, но ладошки и подошвы у малыша не желтые медицинский работник: - советует маме заботиться о ребенке дома; - информирует о необходимости срочно вернуться в мед учреждение, в случае если ладошки и подошвы станут желтыми; - повторный осмотр на следующий день; - если возраст ребенка > 3 недель, направляет ребенка в стационар для обследования.					

Основные преимущества

Основные недостатки

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделам

Общая оценка - Быстрая оценка состояния новорожденного, оказание необходимой экстренной помощи и направление на более высокий уровень медицинской помощи при наличии осложнений	Требуется ли улучшения			Хорошо
	0	1	2	3
Отметьте здесь				

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр, номер 3 указывает на хорошую поддержку, цифры от 2 до 0 указать уровни необходимых улучшений (2 = небольшая потребность в улучшении, 0 = срочная необходимость для улучшения)

5. Общие меры предосторожности и санитарный режим ¹

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Мытье рук					
Места для мытья рук хорошо организованы и оснащены следующим: - жидкое мыло - одноразовые полотенца - контейнеры для использованных полотенец - антисептик с дозатором					
Имеются письменные протоколы по гигиене и обеззараживанию, которые доступны для персонала					
Информация по технике мытья рук размещена над раковинами или рядом с ними					
Персонал знает и применяет письменные протоколы по мытью рук и дезинфекции для проведения различных процедур					
Проводится постоянное обучение персонала правилам и технике мытья рук					
Мытье рук выполняется правильно: - руки обеззараживают перед непосредственным контактом с пациенткой и после любых манипуляций и контактов, приводящих к загрязнению рук (контакт с кровью или другими жидкостями организма, после снятия перчаток, после смены белья или одежды); - должны быть сняты кольца, ювелирные украшения, удален лак для ногтей, ногти должны быть коротко подстрижены; - мыло наносится на смоченные водой руки - руки вытирают одноразовым полотенцем, которое затем используется для закрывания водопроводного крана					
Мытье рук антисептическим мылом или быстрое обеззараживание рук антисептиком выполняется в следующих случаях: - инфекционные больные, или пациенты с определенными факторами риска (возраст, новообразование) - воздействие биологических жидкостей или инвазивной нехирургической процедуры (например, установка периферического венозного катетера, введение мочевого катетера)					
Использование перчаток					
Стерильные или глубоко дезинфицированные перчатки (в случае ограниченных резервов) используются при проведении влажного исследования, принятии родов, отсечении пуповины, ушивании эпизиотомии или разрыва, заборе крови, проведении инвазивных процедур, установке стериль-					

ных катетеров, зондов в стерильные ткани и жидкости организма (кровь, ликвор)					
Удлиненные стерильные или глубоко дезинфицированные перчатки (в случае ограниченных резервов) используются для ручного выделения плаценты					
Перчатки используются при очистке загрязненных инструментов, удалении пролитой крови и других биологических жидкостей, а также при обращении с зараженными отходами					
Для каждого пациента используется отдельная пара перчаток					
Практика безопасного уничтожения острых предметов					
Каждую иглу и шприц используют только один раз					
После проведения инъекций не допускается повторное надевание колпачков на иглы, а также сгибание или разламывание игл					
В наличии имеется непротыкаемый контейнер					
Все использованные (одноразовые) иглы, пластиковые шприцы и лезвия помещаются непосредственно в этот контейнер, при этом не допускается как повторное надевание колпачков на иглы, так и передача их другому лицу					
При заполнении контейнера на три четверти объема, его опорожняют или отправляют на мусоросжигание					
Правила безопасного уничтожения отходов					
Последы, кровь, или предметы, загрязненные биологическими жидкостями, помещают для утилизации в герметичные контейнеры					
Твердые контаминированные отходы уничтожают посредством сжигания или захоронения в специально отведенных местах					
Жидкие отходы сливают в канализацию или смывной туалет					
Стерилизация и очистка загрязненного оборудования и перчаток					
Любое оборудование, контактирующее с неповрежденными кожными покровами, тщательно очищается или дезинфицируется					
Для чистки суден и ведер, а также для смывания пролитой крови или других биологических жидкостей организма используются хлорсодержащие средства или другой разрешенный к применению дезинфектант					
Перчатки очищают и дезинфицируют или стерилизуют надлежащим образом: - моют водой с мылом - проверяют на наличие повреждений:					

<p>перчатки надувают воздухом, плотно сжимают манжету, затем опускают перчатку в чистую воду и наблюдают за появлением пузырьков воздуха. Если имеется повреждение, перчатку выбрасывают</p> <ul style="list-style-type: none"> - перчатки замачивают на ночь в 0,5% растворе хлора (приготавливается из расчета 90 мл воды на 10 мл дезинфицирующего раствора, содержащего 5% активного хлора) - сушат вдали от прямого солнечного света - обрабатывают внутри порошком талька или крахмалом - стерилизуют автоклавированием или глубоко дезинфицируют паром или кипячением 					
--	--	--	--	--	--

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Общие меры предосторожности и санитарный режим	Требуется улучшить			Хорошо
(необходимо обвести кружком)	0	1	2	3

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

6. Руководства и проведение аудита

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
В учреждении имеется свободный доступ к минимум одному современному руководству по акушерству (для врачей)					
В учреждении имеется свободный доступ к минимум одному современному руководству, предназначенному для акушеров					
В учреждении имеется свободный доступ к национальному руководству (руководствам, протоколам, приказам) по наблюдению и уходу во время нормальной беременности					
В учреждении имеется свободный доступ к местным протоколам по наблюдению и уходу во время нормальной беременности (в виде карманных инструкций, настенных таблиц или рабочих материалов)					
В учреждении имеется свободный доступ к национальному руководству (руководствам, протоколам, приказам) по ведению экстренных состояний и осложнений, появившихся во время беременности					
В учреждении имеется свободный доступ к местным протоколам по ведению экстренных состояний у женщин (в виде карманных инструкций, настенных таблиц или рабочих материалов)					
В учреждении имеется свободный доступ к руководству по ведению детей в период новорожденности					
В учреждении имеется свободный доступ к национальным рекомендациям по наблюдению и уходу за новорожденными					
В учреждении имеется свободный доступ к местным протоколам по ведению экстренных состояний у новорожденных (в виде карманных инструкций, настенных таблиц или рабочих материалов, алгоритмов)					
В учреждении имеется свободный доступ к национальному руководству по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИБВДВ) и карманному справочнику по оказанию стационарной помощи детям					
Местные протоколы в учреждении регулярно пересматриваются и обновляются					
Персонал учреждения знаком с содержанием национальных руководств и местных протоколов					
Командная работа и проведение аудита					
Периодически проводятся собрания персонала для обсуждения организационных вопросов					
Периодически проводятся собрания персонала для обсуждения случаев заболеваемо-					

сти, смертности и качества ухода					
Периодически проводятся собрания персонала для обсуждения и пересмотра протоколов					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Руководства и проведение аудита (необходимо обвести кружком)	Требуется улучшить			Хорошо
	0	1	2	3

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

7. Регионализация ухода и направление в стационар женщин

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Регионализация помощи					
Организована и функционирует регионализованная система дородового наблюдения и ухода					
В национальных протоколах/ руководствах четко указаны пути направления пациентов к специалистам или в учреждения более высокого уровня					
Существует письменный перечень состояний/осложнений беременности, лечение которых осуществляется в медучреждениях различных уровней					
Направление к специалистам или в медучреждение более высокого уровня					
Существуют четкие критерии для направления					
Пациенты получают до перевода надлежащее лечение в направляющем их учреждении					
Пациентам выдаются направления, где указано состояние пациента, причина перевода и уже проведенное лечение					
При наличии показаний пациентов сопровождает обученный медицинский персонал					
Транспортировка в стационар					
Для транспортировки женщины в родильное отделение всегда имеется специальный транспорт					
Отсутствие транспорта для перевозки в стационар не является причиной задержки направления в медучреждение более высокого уровня					
Стоимость транспортировки не является препятствием для направления в медучреждение более высокого уровня					
Обращение женщин за медицинской помощью					
Женщина адекватно распознает признаки и симптомы, которые требуют обращения за медицинской помощью					
Службы первичной медико-санитарной помощи предоставляют женщинам соответствующую информацию о том, где и как обращаться в стационар					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Регионализация ухода и направление в стационар жен- щин (необходимо обвести кружком)	Требуется улучшить			Хоро- шо
	0	1	2	3

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

8. Регионализация ухода и направление в стационар новорожденных

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Регионализация помощи для новорожденных					
В национальных протоколах/ руководствах четко указаны пути направления новорожденных к специалистам или в учреждения более высокого уровня					
Существует письменный перечень состояний/осложнений, лечение которых осуществляется в медучреждениях различных уровней					
Направление к специалистам или в медучреждение более высокого уровня					
Родителям новорожденного ребенка выдаются направления, где указано его состояние, причина перевода и уже проведенное лечение					
При наличии показаний ребенка сопровождает обученный медицинский персонал					
Транспортировка в стационар					
Имеется специальный транспорт для перевозки новорожденных					
Отсутствие транспорта для перевозки в стационар не является причиной задержки направления в медучреждение более высокого уровня					
Стоимость транспортировки не является препятствием для направления в медучреждение более высокого уровня					
Обращение за медицинской помощью для новорожденных					
Родители адекватно распознает признаки и симптомы у новорожденных, которые требуют обращения за медицинской помощью					
Службы первичной медико-санитарной помощи предоставляют родителям соответствующую информацию о том, где и как обращаться в стационар					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Регионализация ухода и направление в стационар новорожденных (необходимо обвести кружком)	Требуется улучшить			Хорошо
	0	1	2	3

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

Сводная оценка

Данное резюме помогает выявить самые критические области в качестве основы для определения приоритетов и плана работы с целью проведения их последующего обсуждения с персоналом учреждения в ходе подведения итогов

	Требуется улучшить			Хорошо
	0	1	2	3
Общая оценка по разделам				
1. Системы поддержки учреждений				
2.А Обычное дородовое и послеродовое наблюдение и уход за женщинами				
2.В Обычный послеродовой уход за новорожденными, Грудное вскармливание				
3. Быстрая оценка, ведение и перевод в случае распространенных дородовых и послеродовых осложнений у матерей				
4. Быстрая оценка, ведение и перевод в случае распространенных осложнений у новорожденных				
5. Общие меры предосторожности и санитарный режим				
6. Руководства и проведение аудита				
7. Регионализация ухода и направление в стационар для				
8. Регионализация ухода и направление в стационар для новорожденных				
Сводная оценка				

Основные источники:

1. IMPAC Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. WHO, 2006
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/
2. WHO antenatal care randomized trial. Manual for the implementation of the new model. WHO, 2001.
WHO/RHR/01.30; http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf
3. Effective Perinatal Care, WHO, 2010 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc>
4. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and Doctors; WHO, 2007;
<http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>
5. Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses, and midwives, WHO, 2003
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html>
6. WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Integrated management of pregnancy and childbirth, WHO, 2007 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_mps_0705/en/
7. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline. 2nd edition, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. RCOG Press, 2008
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>
8. The investigation and management of small for gestational age fetus. RCOG guideline Nr 31, 2002.
http://www.gestation.net/RCOG%20Small_Gest_Age_Fetus_No31.pdf
9. Grant A, Valentin L, Elbourne D, Alexander S. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. Lancet 1989; 2(8659):345-9.
10. Cholerty LJ., Neilson JP. Hormonal placental function tests for fetal assessment in high risk pregnancies. The Cochrane review, Issue 1, 2004
11. Birth after previous caesarean birth. RCOG green-top guideline Nr 45, 2007; <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG4511022011.pdf>
12. Hypertension in pregnancy: The management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE clinical guideline 107. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50418/50418.pdf>
13. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guidelines N 206, March 2008. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2008; 30 (3): suppl.1, p.1-58.
http://www.preeclampsia.org/pdf/gui206CPG0803_001.pdf
14. Palasanthiran P, Starr M, Jones C. Management of Perinatal Infections. Australian Society for Infectious Diseases.
<http://www.asid.net.au/downloads/Management%20of%20Perinatal%20Infections%20ASID%202002%20rev%202007.pdf>
15. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Recommendations and Reports; December 2010 / Vol. 59 / No. RR-12. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf>

Приложения: Опрос работников здравоохранения

Данным опросом должны быть охвачены все группы работников здравоохранения (уборщицы, младшие медсестры по уходу за больными, медсестры/акушерки, специалисты здравоохранения и врачи). Мы хотели бы отразить честную точку зрения работников здравоохранения. Поэтому важно, чтобы им были понятны цели опроса, и чтобы они знали и были уверены в том, что полученная информация будет храниться и использоваться с соблюдением конфиденциальности. Следует довести до сведения работников здравоохранения, что их фамилии и инициалы не будут упоминаться ни в каких отчетах, и о них не станет известно руководству больницы.

Не разбрасывайте Формы где попало, и не оставляйте в местах, где их могут прочитать люди, не являющиеся членами команды.

Постарайтесь опросить по 2 штатных сотрудника, представляющих вышеупомянутые категории работников здравоохранения, с тем, чтобы в ходе оценочного визита заполнить минимум 6-8 Форм. Заполнение Форм самими работниками здравоохранения приветствуется, однако, пожалуйста, не позволяйте им, по причине краткости Вашего пребывания, забирать Формы с собой, чтобы вернуть позже.

Задавайте вопросы без присутствия посторонних лиц и в подходящем для этого месте.

Постарайтесь записывать комментарии в том виде, **как они прозвучали**; не пытайтесь обобщить высказанную точку зрения. Запись реально использованных слов часто помогает правильно представить то, что пытается сказать человек. При этом, пожалуйста, заключайте комментарии в кавычки. Например:

“У нас реальная проблема с водоснабжением, иногда водопроводной воды нет целыми днями; как мы можем мыть руки, чтобы предотвратить распространение инфекции?”

Прежде чем поблагодарить опрашиваемое лицо, убедитесь, что правильные ответы были даны на все вопросы. Если медицинский работник не желает отвечать на какой-либо вопрос, сделайте пометку для себя и переходите к следующему вопросу.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Опрос работников здравоохранения

Дата	Имя лица, проводящего опрос	Страна
Город	Район	Область
Наименование медицинского учреждения		
Номер опроса		

Должность опрашиваемого медработника:					
Стаж работы и закрепленные обязанности на настоящее время					
Сколько времени Вы проработали в данном медицинском учреждении?	Как долго Вы занимаете данную должность?				
<ul style="list-style-type: none"> Прежде всего, нас интересует Ваше мнение по поводу обеспечения дородового и послеродового наблюдения и ухода в Вашем медицинском учреждении 					
1) Что, по Вашему мнению, обстоит хорошо и что можно было бы улучшить, когда речь идет о здании Вашего медицинского учреждения/отделения?					
2) Уход за беременными и родильницами	хорошо	удовлетворительно	иногда не отвечает требованиям	как правило, не отвечает требованиям	
2 а) достаточность места для размещения пациенток	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 б) наличие женских туалетов и умывальных	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 с) чистота в учреждении	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Сейчас мы хотели бы задать Вам вопрос, касающийся лекарственных средств, оборудования, материалов и персонала в медицинском учреждении, где Вы работаете 					
3) Дайте оценку наличия и доступности (следующего):	Достаточно количество	Удовлетворительное	Иногда не отвечает потребностям	Обычно не отвечает потребностям	Не имеется в наличии
3 а) лекарственных средств	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 б) жидкости для в/в введения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 с) лабораторных тестов (напр., теста на Hb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 д) вакцин	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) Есть ли у Вас проблемы с любым другим оборудованием или материалами / их отсутствием или недостаточностью, что затрудняет уход за беременными, роженицами и новорожденными, или в целом запасов достаточно?				
Наличие персонала:	Достаточное	Удовлетворительное	Иногда не отвечает потребностям	Обычно не отвечает потребностям
5) По Вашему мнению, достаточна ли численность имеющегося персонала для наблюдения и ухода за беременными, матерями и новорожденными?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) По Вашему мнению, имеющегося у Вас времени достаточно для наблюдения и ухода за женщиной наилучшим из известных Вам способов (как Вас этому обучали)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Если у Вас возникает проблема, связанная с беременной женщиной, матерью или новорожденным, есть ли у Вас возможность получить помощь/поддержку (напр., со стороны более опытного клинического персонала)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Как Вы думаете, испытывает ли медицинское учреждение недостаток в персонале, необходимом для наблюдения и ухода за беременными, матерями и новорожденными?				
9) Вы полагаете, что качество персонала в целом хорошее? Если НЕТ, то каковы Ваши предложения?				
10) Если у Вас возникают проблемы с получением помощи, когда Вы считаете, что Вы в ней нуждаетесь, то это связано, по Вашему мнению, с: ..недостаточным числом опытных людей, к которым Вы могли бы обратиться за помощью? <input type="checkbox"/> ..отсутствием у Вас возможности обратиться к нужным людям? <input type="checkbox"/> ..замедленным откликом на Вашу просьбу о содействии? <input type="checkbox"/> ..другой причиной?				
• Что Вы думаете по поводу обучения персонала и организации Вашей работы?				
Обучение персонала	Очень хорошо	Хорошо	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям

11) Как Вы оцениваете уровень собственных знаний о здоровье женщин во время беременности и после родов, их заболеваемости и проблемах с новорожденными?	○	○	○	○
11 а) в случае, если что-то не отвечает потребностям, то в каких областях, по Вашему мнению, Вам необходимо дополнительное обучение, или в каких областях Вы хотели бы и дальше усовершенствовать свои знания?				
12) Есть ли возможности для дальнейшего профессионального обучения в Вашем медицинском учреждении? Пожалуйста, уточните.				
13) Практикуется ли на регулярной основе ротация среднего медицинского персонала в Вашем медицинском учреждении? Да / Нет				
13 а) Если ДА, то как часто производится ротация?				
13 б) Каково Ваше мнение по данному вопросу?				
14) Проводятся ли регулярные собрания всех медсестер/ другого персонала/врачей, вовлеченных в обеспечение дородового и послеродового наблюдения и ухода, которые работают в Вашем медицинском учреждении или/и отделении? Пожалуйста, уточните, кто принимает участие в собраниях, как часто они проводятся, и каков их характер.				
15) Осуществляется ли на регулярной основе 'обратная связь' с родильными домами и/или детскими больницами / процедуры проверок в плане контроля качества наблюдения и ухода? Пожалуйста, уточните.				
16) Располагаете ли Вы четкими руководствами относительно работы, которую Вы выполняете? Пожалуйста, уточните.				
<ul style="list-style-type: none"> • Что Вы думаете о качестве наблюдения и ухода, которое Вы и медицинское учреждение обеспечиваете беременным, родильницам и новорожденным? 				
17) Как вы оцениваете информацию / разъяснения, которые даются пациенткам по поводу их состояния (беременность, послеродовой период и здоровье новорожденного)?	Очень хорошо	Хорошо	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям

18) Как Вы оцениваете достаточность времени, которым Вы располагаете для разъяснения пациенткам их состояния?					
19) Как, по Вашему мнению, женщины оценивают наблюдение и уход, обеспечиваемые им в Вашем медицинском учреждении?					
20) Как Вы оцениваете организацию и качество направления на госпитализацию при наличии показаний?					
21) Как Вы оцениваете возможности для оказания экстренной помощи беременным, матерям и новорожденным?					
Как Вы оцениваете возможности коммуникации и 'обратной связи' с ... ? 22 а) родильным домом и детскими больницами 22 б) машинами Скорой помощи					
23) Можете ли Вы предложить какие-либо способы улучшить понимание пациентками их состояния ?					
24) Помощь женщинам. Можете ли Вы вспомнить случай с женщиной, которую Вы наблюдали недавно, когда Вы были удовлетворены результатами своей работы? Да / Нет 24 а) Если ДА, были ли Вы удовлетворены тем, как Вам удалось помочь женщине почувствовать себя хорошо? 24 б) Какими аспектами своей работы / роли Вы остались довольны?					
25) Можете ли Вы вспомнить случай с женщиной, которую Вы наблюдали недавно, когда Вы были разочарованы результатами своей работы? Да / Нет 25 а) Если ДА, то, что пошло не так в плане ухода/прогресса, и в чем, по Вашему мнению, заключались причины неудачи?					
	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
26) Удовлетворены ли Вы в целом тем, что данное учреждение первичной медико-санитарной помощи может сделать в плане наблюдения и ухода за беременными, родильницами и новорожденными?					

27) Имеется ли что-нибудь еще, о чём Вы не рассказали нам, и что должно быть пересмотрено или изменено в целях усовершенствования качества наблюдения и ухода за женщинами в медицинском учреждении, где Вы работаете?

28) Предлагали ли Вы когда-либо идею таких усовершенствований инспекторам/врачам/администрации Вашего учреждения, и каковы были результаты?

29) Как Вы думаете, большинство Ваших коллег в целом удовлетворены своей работой в данном медицинском учреждении? Да / Нет

29 а) Что, по Вашему мнению, мешает людям быть удовлетворенными своей работой?

29 б) Каковы условия работы??

29 с) Что необходимо улучшить, чтобы работа в данном медицинском учреждении доставляла большее удовлетворение его сотрудникам?

Общая оценка по результатам опроса работников здравоохранения: Мотивация и обучение персонала: (обвести кружком)	Хорошо	Нуждается в улучшении		
		3	2	1

Пожалуйста, обозначьте качество поддержки, отметив одну из 4-х цифр; 3 означает хорошую поддержку, числа от 2 до 0 указывают на уровни необходимого усовершенствования (2 = не-большая потребность в улучшении, 0 = срочная потребность в улучшении)

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Опрос беременных женщин и матерей

Цель настоящего опроса – оценка качества контакта между клиенткой и лицами, которые осуществляют за нею уход, получения ею необходимых консультаций, а также выяснение того, что может быть сделано для улучшения благополучия матери и её ребенка. При этом также осуществляется двойной контроль соответствия стандартов оказания помощи необходимым требованиям, рекомендованным во время обучающих семинаров, и оценка влияния обучения с позиций того, что было реализовано поставщиками услуг здравоохранения полностью, что частично, а что не было реализовано вообще.

В идеале, необходимо провести опрос не менее трех женщин в каждом медицинском учреждении:

- двух беременных (опрос может проводиться в родильном доме – в случае госпитализации женщин, проходивших родовое наблюдение в амбулаторном учреждении первичной медико-санитарной помощи, участвующем в оценке)
- и одной женщины, пришедшей для наблюдения после родов

Прежде чем проводить опрос, объясните женщине, что данное медицинское учреждение было выбрано министерством здравоохранения в качестве пилотного с целью повышения качества заботы о здоровье матери и ребенка. Объясните ей, что цель опроса заключается в выяснении того, что можно сделать для повышения качества услуг, предоставляемых ей и ее ребенку.

Спросите женщину, согласна ли она ответить на несколько вопросов, касающихся состояния ее здоровья и здоровья ее ребенка, а также качества наблюдения и ухода, предоставленных им поставщиками услуг здравоохранения. Гарантируйте ей, что данный опрос носит абсолютно анонимный и конфиденциальный характер.

Как проводить опрос и заполнять Форму:

- Убедитесь, что Вы не расстроили женщину. Ваше отношение должно быть позитивным в плане, как слов, так и действий.
- Не проводите опрос во время приема, чтобы избежать влияния медицинских работников на ответы женщин.
- Не проводите опрос в присутствии других женщин, которых вы собираетесь опрашивать; по мере возможности проводите опрос без присутствия другого клинического персонала, чтобы избежать возможного влияния на ответы женщины.
- Держите Форму вертикально, вне поля зрения женщины, поскольку различные варианты ответов, представленные в Форме, могут влиять на ответы женщины.
- Уделите разговору с матерью столько времени, сколько посчитаете необходимым, и убедитесь в том, что она понимает Ваши вопросы. Задавайте вопрос так, как он указан в Форме, и повторяйте его, изложив собственными словами, только в том случае, если мать не поняла исходный вопрос.
- Не зачитывайте различные ответы, которые приводятся после каждого вопроса. Они даны только для облегчения Вашей работы. Вместо этого, слушая ответы женщины, попросите ее быть максимально точной, и отмечайте в Форме галочкой [] вариант ответа женщины, когда он соответствует одному из перечисленных в Форме. Иногда будет необходимо отметить галочкой вариант, который близок к ответу матери, но не совсем точно совпадает с ним. Если ответ матери не совпадает ни с одним из перечисленных вариантов, изложите ответ в обобщенном виде, насколько это возможно, в поле, оставленном под “Другое (уточните)”.
- По мере заполнения Формы, делайте краткие записи Ваших наблюдений для обсуждения их с медицинскими работниками в ходе осуществления ‘обратной связи’. Также подчеркните или обведите кружком пункты в любых вопросах, по которым Вы хотели бы оставить свои комментарии. Это будет служить Вам напоминанием о необходимости поднять для обсуждения проблемы или отметить положительные моменты в ходе осуществления ‘обратной связи’.
- Делайте пометки относительно дискуссий, имевших место во время опроса, и давайте обобщенное описание наиболее важных моментов в рубрике “Комментарии, дискуссии, проблемы”. Вы сможете воспользоваться этими записями в ходе осуществления ‘обратной связи’.
- Пожалуйста, пишите *четко*, печатными буквами, с тем, чтобы Форма легко читалась.

Дата	Имя лица, проводящего опрос	Страна
Город	Район	Область
Наименование учреждения (больница, специальная служба (бы))		
Номер опроса		

По возможности, этот экспертный опрос должна проводить акушерка, социальный работник или психолог.

0. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА/ МАТЬ

Как далеко вы живете от медицинского учреждения?	
Сколько Вам лет?	
Вы недавно мигрировали в эту страну?	
Как давно?	
Будет ли Ваш партнер или любой другой родственник вместе с Вами во время посещений?	
Это Ваша первая беременность? / вторая? / третья?	
<i>Если проводится опрос беременной женщины –</i> Знаете ли Вы срок своей беременности?	

1. БЕРЕМЕННОСТЬ

На какой неделе беременности Вы впервые посетили своего врача или акушерку?		
<i>Если наблюдение началось после 12^й недели гестации:</i> Кто-нибудь объяснил вам, какое время оптимально для начала прохождения дородового наблюдения? Если ДА, то уточните, пожалуйста, по какой причине Вы не смогли следовать рекомендации начать дородовое наблюдение на ранних сроках беременности.		
Не могли бы Вы сказать, какие медицинские работники занимались Вашим дородовым наблюдением до настоящего времени?		
Была ли у Вас возможность выбора медицинского работника, который мог бы обеспечить Вам дородовой уход?	Да []	Нет[]
Если ДА, уточните, пожалуйста, как Вы сделали свой выбор?		

Во время ваших родовых посещений врач или медсестра давали Вам разъяснения относительно диеты , рекомендуемой в период беременности?	Да []	Нет[]
Во время Ваших родовых посещений врач или медсестра давали Вам разъяснения относительно физической активности , рекомендуемой в период беременности?	Да []	Нет[]
Во время Ваших родовых посещений врач или медсестра давали Вам разъяснения относительно рекомендуемой сексуальной активности в период беременности?	Да []	Нет[]
Если ДА, то не могли бы Вы конкретизировать?		
Во время Ваших родовых посещений врач или медсестра давали Вам разъяснения относительно тестов и исследований , рекомендуемых в период беременности?	Да []	Нет[]
Во время Ваших родовых посещений врач или медсестра давали Вам разъяснения относительно опасных признаков или симптомов в период беременности, которые требуют срочного консультирования с медработниками?	Да []	Нет[]
Вы и Ваш муж посещали курсы для беременных?	Да []	Нет[]
Если НЕТ, то почему? Пожалуйста, уточните.		
У Вас есть с собой Карта беременной ?	Да []	Нет[]
Если ДА, то не могли бы Вы показать ее нам?		
Сколько раз за время родового наблюдения Вам проводили влагалищное исследование?		
Сколько раз у Вас контролировали ? вес артериальное давление высоту стояния дна матки		
Не могли бы Вы сказать нам, какие лабораторные исследования проводились Вам во время родового наблюдения, и как часто?		
Спрашивал ли персонал Вашего согласия на проведение исследований? Если ДА, то не могли бы Вы уточнить?		
Рекомендовали ли Вам в период беременности прием каких-либо витаминов или лекарств? Если ДА, то не могли бы Вы уточнить?		

<p>Медицинское учреждение предоставляло Вам бесплатно витамины или лекарственные препараты в период беременности?</p> <p>Если ДА, то не могли бы Вы уточнить какие?</p>		
Во время беременности посещали ли Вас на дому медработники?	Да []	Нет[]
<p>Если ДА, то кто посещал Вас на дому, и как часто? Расскажите нам подробнее о цели их визита.</p>		
Получали ли Вы во время дородовых посещений информацию, связанную с подготовкой к родам?	Да []	Нет[]
Обсуждали ли Вы, как будут протекать Ваши роды (план родов)?	Да []	Нет[]
Была ли Вам предоставлена какая-либо информация о грудном вскармливании?	Да []	Нет[]
Была ли Вам предоставлена какая-либо информация по вопросам планирования семьи и контрацепции после родов?	Да []	Нет[]
<p>Сколько раз Вы посещали медицинское учреждение с начала беременности и до настоящего времени?</p> <p>Сколько раз за время своей беременности Вы проходили ультразвуковое исследование (УЗИ)?</p>		
<p>Вы посещаете <u>частную клинику</u>?</p> <p>Если ДА, то почему?</p> <p>Можете Вы назвать нам приблизительную стоимость одного посещения?</p>		
<p>При посещении данного медицинского учреждения Вы оплачиваете:</p> <p>свой визит</p> <p>лабораторные исследования</p> <p>УЗИ</p> <p>Другие расходы (пожалуйста, уточните)</p>	<p>Да []</p> <p>Да []</p> <p>Да []</p> <p>Да []</p>	<p>Нет[]</p> <p>Нет[]</p> <p>Нет[]</p> <p>Нет[]</p>
<p>Сколько консультаций было проведено акушеркой?</p>		
Приходилось ли Вам платить акушерке или другому медицинскому работнику?	Да []	Нет[]
Вы удовлетворены качеством дородового наблюдения и ухода?	Да []	Нет[]
<p>Имеются ли у Вас конкретные предложения относительно того, как можно улучшить качество дородовой помощи? Пожалуйста, уточните.</p>		

2. ПОСЛЕ РОДОВ

Были ли Вам выданы какие-либо документы при выписке из больницы для представления их в амбулаторное учреждение первичной медико-санитарной помощи?	Да []	Нет[]
Достаточно ли информация о послеродовом периоде Вам было предоставлено при выписке из роддома?	Да []	Нет[]
Если НЕТ, то какой вид дополнительной информации Вы хотели бы получить? Пожалуйста, уточните.		
Какие рекомендации дал вам персонал родильного дома относительно последующего посещения учреждения первичной медико-санитарной помощи? Пожалуйста, уточните.		
Выдали ли Вам Свидетельство о рождении Вашего ребенка?	Да []	Нет[]
Если НЕТ, то могли бы Вы объяснить, почему, и что бы Вы могли предложить для усовершенствования регистрации рождений?		
После выписки из роддома Вас и Вашего ребенка посещал на дому какой-либо медработник?		
Если ДА, то уточните, пожалуйста, кто, когда и какова была цель визита?		
Есть ли у Вас какие-либо предложения по улучшению наблюдения и ухода за Вами и Вашим ребенком после родов?		

3. РЕБЕНОК и ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Ваш ребенок здоров?	Да []	Нет[]
Если НЕТ, то в чем заключается проблема с Вашим ребенком?		
Недоношенный ребенок?	Да []	Нет[]
Другое (уточните):		
Какая масса тела была у Вашего ребенка при рождении? _____ граммов		
Находился ли Ваш ребенок в одном помещении с Вами почти все то время, что Вы провели в больнице?	Да []	Нет[]
Как Вы кормите своего ребенка?		

Грудное вскармливание	Да []	Нет[]
Грудное молоко из ложечки/чашки	Да []	Нет[]
Грудное молоко из бутылочки	Да []	Нет[]
Кормление грудным молоком через желудочный зонд	Да []	Нет[]
Молочная смесь для новорожденных	Да []	Нет[]
Донорское молоко	Да []	Нет[]
Другое (уточните)		
Получает ли Ваш ребенок воду/глюкозу?	Да []	Нет[]
Пользуетесь ли Вы накладными сосками / сосками-пустышками?	Да []	Нет[]
ЕСЛИ МАТЬ КОРМИТ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ:		
Через какое время после родов Вы впервые покормили грудью Вашего ребенка?	_____ часы	_____ минуты
Как долго можно было кормить ребенка грудью?	_____ часы	_____ минуты
Медицинские работники оказали Вам какую-либо поддержку по грудному вскармливанию?	Да []	Нет[]
Если ДА, то что медицинские работники сказали Вам относительно необходимой частоты кормления ребенка грудью:		
Кормление грудью по расписанию	Да []	Нет[]
Кормление грудью по требованию ребенка	Да []	Нет[]
Другое (уточните):		
Вам советовали давать ребенку воду/глюкозу?	Да []	Нет[]
Кто предоставил Вам больше всего информации о грудном вскармливании?		
Медработники, обеспечивавшие дородовое наблюдение	[]	
Занятия на курсах для беременных	[]	
Акушер-гинеколог в родильном доме	[]	
Акушерка в родильном доме	[]	
Неонатолог в родильном доме	[]	
Медсестра отделения для новорожденных в родильном доме	[]	
Соседка по палате/подруга	[]	

Мама	[]	
Медработник в ходе посещения Вас на дому после выписки из больницы	[]	
Другое (уточните)		
Вы получали практическую/физическую поддержку для организации грудного вскармливания?	Да []	Нет[]
Как долго Вы планируете кормить ребенка грудью?		
Менее 2 месяцев	[]	
От 2 до 6 месяцев	[]	
Более 6 месяцев	[]	
Более 1 года	[]	
Другое (уточните)		

Ребенка в родильном доме осматривали в Вашем присутствии?	Да []	Нет[]
Ребенка забирали у Вас для педиатрического осмотра?	Да []	Нет[]
Ребенка забирали у Вас для мытья или других процедур?	Да []	Нет[]
Если от Вас забирали ребенка, то в каких ситуациях это происходило?	Да []	Нет[]
Получали ли Вы достаточно помощи по уходу за ребенком со стороны персонала?	Да []	Нет[]
Помогал ли Вам персонал в ситуации, когда ребенок плакал?	Да []	Нет[]
Вас навещали в больнице?	Да []	Нет[]
Если НЕТ, то не могли бы Вы указать причину?		
Персонал измерял Вам артериальное давление?	Да []	Нет[]
Была ли у вас возможность принять душ?	Да []	Нет[]
Вы вчера ели свежие фрукты/овощи?	Да []	Нет[]
Сколько чашек чая Вы выпили вчера?	_____	
Была ли у Вас возможность встретиться в общей комнате с другими мамами, чтобы побеседовать с ними или поделиться своими сомнениями?	Да []	Нет[]
По Вашему мнению, комната была достаточно чистой?	Да []	Нет[]

Должны ли Вы были платить за некоторые услуги?	Да []	Нет[]
Уточните, пожалуйста		
Теперь мне хотелось бы больше узнать об услугах, предоставленных Вам за последние два дня.		
Исключая время ожидания, сколько времени Вы сегодня провели с медперсоналом?	_____ минут	
С момента, когда Вы оказались здесь, была ли у Вас возможность встретиться с врачом с глазу на глаз?	Да []	Нет[]
Ответил ли персонал на Ваши вопросы в понятной для Вас форме?	Да []	Нет[]
Вас удовлетворили ответы?	Да []	Нет[]

10. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ и ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Вы счастливы стать матерью?	Да []	Нет[]
Хотели бы Вы пройти через это снова?	Да []	Нет[]
Вы расстроены?	Да []	Нет[]
У Вас есть ощущение, что персонал не обеспечил Вам необходимую помощь?	Да []	Нет[]
Вам вспоминается постоянно какой-то момент, когда Вам стало очень страшно?	Да []	Нет[]
Становился ли персонал родильного дома причиной того, что у Вас возникало ощущение неполноценности?	Да []	Нет[]
Вы можете объяснить, почему?		
С уважением ли они относились к Вашим культурным традициям и религиозным убеждениям?	Да []	Нет[]
Можете ли Вы объяснить, почему?		
Ощущаете ли Вы сильную привязанность к ребенку?	Да []	Нет[]
Если Вас разлучали с ребенком, чувствовали ли Вы, что такое разделение вызвало проблемы, касающиеся Вашей способности ощущать себя в безопасности, ухаживая за ребенком?	Да []	Нет[]
Трудно ли Вам заботиться о малыше?	Да []	Нет[]
Чувствуете ли Вы иногда, что Вы недостаточно хорошо старались помочь Вашему ребенку при его рождении?	Да []	Нет[]
Вы можете объяснить, почему?		
Есть ли у Вас желание описать свои чувства?		

11. ИНСТРУКЦИИ ПО ДОМАШНЕМУ УХОДУ

Инструкции по уходу за ребенком дома

Расскажите мне, как Вы будете заботиться о своем ребенке по возвращении домой?		
Культя пуповины должна быть чистой и сухой	[]	
Необходимо всегда держать ребенка в тепле, но не перегревать	[]	
Кормление грудью по требованию	[]	
Ребенок должен спать на спине	[]	
Нельзя курить в комнате ребенка	[]	
Ребенок может спать рядом с Вами, если у Вас есть такое желание, или если Вы уснули во время кормления его грудью		
Нельзя оставлять ребенка в Вашей постели, если Вы, или кто-то еще, находящийся в Вашей постели, принимает снотворное или препараты для снятия напряжения		
Другое (уточните):		
Планируете ли Вы туго пеленать Вашего ребенка?	Да []	Нет []
Можете ли Вы рассказать мне, в каких ситуациях Вы должны будете обратиться за помощью для Вашего ребенка?		
Пупок покраснел или вытекает гной	[*]	
Пониженная и высокая температура тела (Гипотермия/гипертермия)	[*]	
Судороги	[*]	
Вяло сосет грудь	[*]	
Рвота или диарея	[*]	
Сниженный тонус мышц (гипотонус) или возбудимость	[*]	
Затрудненное дыхание (частое дыхание)	[*]	
Другое (уточните)		
Знаете ли Вы, куда обратиться за помощью и поддержкой для Вашего ребенка?	Да []	Нет []

Инструкции для мам по уходу за собой дома

Можете ли Вы рассказать мне, как Вы будете заботиться о себе после возвращения домой?		
Ежедневное мытье с мылом (включая также область промежно-	Да []	Нет []

сти)		
В случае кесарева сечения – контроль состояния послеоперационной раны	Да []	Нет[]
В случае эпизотомии – контроль состояния рассеченной промежности	Да []	Нет[]
Обратиться в для снятия швов в медицинское учреждение	Да []	Нет[]
Сон не менее 8 часов ночью и еще в течение дня	Да []	Нет[]
Организация помощи с работой по дому со стороны партнера и других членов семьи	Да []	Нет[]
Другое (уточните):		

12. КОНТРАЦЕПЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Пользовались ли Вы противозачаточными средствами до наступления настоящей беременности?	Да []	Нет[]
Прибегали ли вы когда-либо к абортam?	Да []	Нет[]
Если ДА, то сколько раз?		_____ (кол-во)
Сколько у Вас детей, включая этого ребенка?		_____ (кол-во)
Медперсонал обсуждал с Вами методы контрацепции?	Да []	Нет[]
Если ДА:		
Они объяснили Вам четко, как работают эти методы?	Да []	Нет[]
Они рассказали Вам о возможных побочных эффектах?	Да []	Нет[]
Они объяснили Вам, что следует делать в случае возникновения побочного эффекта?	Да []	Нет[]
Хотели бы Вы использовать контрацептивы, чтобы не забеременеть снова?	Да []	Нет[]
Если ДА, то какое противозачаточное средство Вы хотели бы использовать?		
Внутриматочные контрацептивы (ВМК)		[]
Оральные контрацептивы		[]
Презерватив		[]
Хирургическая стерилизация женщины или мужчины		[]
Противозачаточные инъекции		[]

Вагинальные спермицидные средства (кремы, суппозитории, гели)	[]
Другие вагинальные барьерные методы (диафрагма, губка, шеечный колпачок)	[]
Метод лактационной аменореи (МЛА)	[]
Физиологический метод контрацепции или метод измерения базальной температуры	[]
Аборт	[]
Другое (уточните):	

Наблюдения

Теперь попросите у матери разрешения понаблюдать, как она кормит грудью своего ребенка. Скажите ей, что Вы можете подойти позже, если ребенок еще не готов.

Постарайтесь остаться до того момента, когда мать закончит кормление грудью, и ответьте на следующие вопросы:

Мыла ли мать соски перед кормлением ребенка грудью	Да []	Нет[]
Плотно ли запеленат ребенок, включая ручки, плечи и шею	Да []	Нет[]
Опирается ли мать на что-то локтем во время кормления ребенка грудью	Да []	Нет[]
Если мать сидит, то опирается ли она на что-то спиной во время кормления ребенка грудью	Да []	Нет[]
Положение ребенка:		
Носик ребенка располагается напротив маминого соска	Да [*]	Нет[]
Шея ребенка прямая, или несколько отклонена назад	Да [*]	Нет[]
Тело повернуто в сторону матери	Да [*]	Нет[]
Тело располагается близко к матери	Да [*]	Нет[]
Поддерживается все тело новорожденного (не только головка и шея)	Да [*]	Нет[]
Прикладывание ребенка к груди:		
Подбородок касается груди	Да [*]	Нет[]
Ротик широко открыт	Да [*]	Нет[]
Нижняя губа вывернута наружу	Да [*]	Нет[]
Большую часть ореолы соска можно видеть над верхней губой ребенка	Да [*]	Нет[]
Почему мать прекратила кормить грудью?		

Ребенок перестал спонтанно сосать грудь	[]
Такое решение принял медперсонал	[]
Такое решение приняла мать	[]
Другие причины для прекращения кормления грудью:	
Прочие комментарии по поводу кормления грудью:	

Теперь спросите мать, можете ли Вы осмотреть ее грудь. Важно обследовать обе груди.

Состояние молочных желез:	
Застойные явления	[]
Воспаленные/потрескавшиеся соски	[]
Плоский или втянутый сосок	[]
Признаки воспаления	[]
Ничего из вышеупомянутого	[]

Теперь осмотрите новорожденного, чтобы определить, правильно ли осуществляется уход за пупком (сухой, чистый, без признаков воспаления).

Надлежащий уход за пупком	Да []	Нет[]
---------------------------	--------	--------

Вопросы матери

Есть ли у Вас ко мне какие-нибудь вопросы? Какие-либо замечания, предложения или проблемы, о которых Вы хотели бы поговорить и обсудить с медработниками или же со мной?

Изложите ниже свои замечания

ВЫВОДЫ ПО ОПРОСУ ПАЦИЕНТОК

Наиболее сильные стороны:

Наиболее слабые стороны:

Комментарии:

ПРИЛОЖЕНИЕ С

Проверка клинических навыков

Процедура	Правильный алгоритм выполнения
Забор образцов крови для анализа	<ol style="list-style-type: none">1. Перед началом процедуры осуществляется подготовка оборудования, включая:<ul style="list-style-type: none">- шприцы, иглы и пробирки для транспортировки образцов крови- антисептический раствор, ватные тампоны- бланки лабораторных исследований- жгут- перчатки2. Женщине объясняют суть манипуляции и помещают ее руку в удобное положение3. Выбирают правильное место для пункции вены.4. Правильно накладывают жгут5. Место пункции очищают антисептическим раствором и стерильной иглой прокалывают вену6. Соблюдают меры предосторожности для профилактики инфекций: мытье рук, использование перчаток и осторожность во избежание получения травмы от прокола иглой
Внутривенные инфузии	<ol style="list-style-type: none">1. Определяет необходимость в/в вливания в случае потери организмом пациентки жидкости в результате шока, кровотечения, инфекции, или обезвоживания2. Перед началом процедуры подготавливает оборудование, включая:<ul style="list-style-type: none">- стерильную систему для в/в вливаний- большую (№ 14-16-18) иглу или периферический катетер- препараты для инфузии- лейкопластырь, нарезанный на полоски- штатив для капельниц или другое крепление (гвоздь в стене)- жгут- бинт- антисептический раствор, ватные тампоны- перчатки3. Объясняет женщине суть процедуры и помещает ее руку в удобное положение4. Выбирает правильное место для пункции вены5. Правильно накладывают жгут6. Место пункции очищает антисептическим раствором и использует стерильную иглу7. Соблюдает меры предосторожности для профилактики инфекций: мытье рук, использование перчаток и осторожность во избежание получения травмы от прокола иглой8. Фиксирует иглу на месте пункции вены; использует подлокотник, чтобы защитить от движения сустав, который ближе всего к месту в/в вливания9. До вливания плазмозаменителя осуществляет забор образцов для определения группы крови и проверку совместимости10. Регистрирует в медицинской карте пациентки количество вливаемой жидкости11. Рассчитывает приблизительную скорость вливания жидкости12. Реально оценивает свои возможности: если акушерка в течение 10 минут не может установить систему для в/в вливания, она должна обратиться за помощью к более опытной коллеге

<p>Анализ мочи на наличие белка</p> <p>1. Метод индикаторной полоски</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Берет одну индикаторную бумажную полоску из бутылочки и снова закрывает бутылочку крышкой 2. Опускает индикаторный конец полоски в образец мочи, полностью погружая в мочу покрытую реагентом зону, а затем сразу вынимает бумажную полоску 3. Вынимая индикаторную полоску из мочи, необходимо удалить лишнее количество мочи, постукивая концом полоски по краю емкости с мочой 4. Индикаторную полоску следует держать горизонтально и сопоставлять индикаторные зоны на полоске с соответствующей таблицей цветов (шкалой) на этикетке бутылочки. Нельзя прикладывать полоску непосредственно к таблице цветов, поскольку в результате этого таблица может оказаться испачканной мочой 5. Диапазон цветов от желтого (отрицательный результат) до желто-зеленого, зеленого и зелено-синего в случае положительного результата.
<p>2. Метод кипячения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимо следующее оборудование и материалы: <ol style="list-style-type: none"> a. чистые пробирки b. источник тепла (напр., горелка Бунзена) c. уксусная кислота 2. Мочу следует поместить в чистую пробирку и затем нагреть верхнюю половину пробирки до кипения 3. После этого пробирку нужно оставить на некоторое время, чтобы она достаточно остыла и можно было взять ее в руки. Толстый слой осадка на дне пробирки указывает на присутствие белка 4. После кипячения мочи медицинский работник добавляет в нее 2-3 капли 2-3% раствора уксусной кислоты: <ol style="list-style-type: none"> a. Если моча остается мутной, в ней имеется белок b. Если мутная моча приобретает прозрачность, белка в ней нет c. Если вскипяченная моча остается мутной или становится мутной после добавления уксусной кислоты, то в ней присутствует белок
<p>Измерение АД</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Представляется пациентке и объясняет, что именно он/она собирается делать 2. Использует стандартный ртутный сфигмоманометр или полуавтоматический аппарат 3. Освобождает руку пациентки от плотной одежды, если одежда присутствует 4. Проверяет, чтобы рука пациентки была расслаблена и поддерживалась с помощью какого-либо упора на уровне сердца 5. Подбирает и использует манжету, размер которой соответствует размеру руки пациентки 6. Накачивает в манжету воздух, создавая в ней давление, на 20-30 мм рт. ст. превышающее пальпируемое систолическое 7. Медленно снижает давление в манжете, опуская колонку на 2 мм рт. ст. в секунду, или на удар пульса 8. Измеряется артериальное давление с точность до 2 мм рт. ст. 9. Принимает за диастолическое давление уровень, при котором происходит исчезновение звука пульсовых тонов (5-й тон Короткова). 10. Показатели давления сообщаются пациентке и заносятся в Обменную карту/ запись результатов осмотра

<p>Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ),</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Представляется пациентке и объясняет, что именно он/она собирается делать 2. Для измерения ВДМ использует сантиметровую ленту 3. Определяет и точно находит среднюю линию лонной кости 4. Определяет верхнюю границу дна матки беременной 5. Помещает «0» отметку сантиметровой ленты на лонную кость беременной и вытягивает ленту поверх матки до наиболее выступающей границы дна матки 6. Значением высоты дна матки считает значение в сантиметрах на верхней границе дна матки 7. Значение ВДМ сообщается пациентке и заносится в Обменную карту / запись результатов осмотра
<p>Выполнение наружных приемов акушерского исследования (приемы Леопольда)</p>	<p>При выполнении приемов Леопольда медицинский работник:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Став лицом к лицу пациентки, производит пальпацию верхней части ее живота обеими руками, чтобы определить часть плода, расположенную в области дна матки (определение высоты стояния дна матки и части плода, которая находится в дне) 2. Все еще стоя лицом к лицу женщины, ладонями рук производит пальпацию живота осторожным глубоким надавливанием. Правая рука остается лежать неподвижно на одной стороне живота, в то время как левой рукой выполняется пальпация правой стороны матки. Затем все повторяется с другой стороны, со сменой рук (определение положения, позиции и вида плода в матке) 3. Обхватывает нижнюю часть живота, располагая отведенный большой палец и остальные пальцы правой руки непосредственно над лонным сочленением (определение предлежащей части и отношения ее ко входу в малый таз) 4. Поворачивается лицом к ногам женщины и осторожно продвигает пальцы обеих рук вниз вдоль сторон матки по направлению к лонному сочленению (определение характера предлежащей части и ее местоположения по отношению к плоскостям малого таза).
<p>Выслушивание сердцебиений плода</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Использует фетоскоп или доптон 2. Правильно различает тоны сердца плода и шум сосудов плаценты 3. Подсчитывает и определяет ЧСС плода в течение 1 минуты (можно в течение 15 секунд x 4) 4. Сообщает пациентке ЧСС плода и заносит показания в Обменную карту/запись результатов осмотра