

ОСНОВЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ К РОДАМ НА УРОВНЕ ПМСП.

* Ж.К. Ахметова, Д. Оспанова, У.О. Акбопеева, Ф.М. Абдумажидова,
С.Н. Калдыбаев, Ч. И. Юсубжанова, Н.Б. Конкыш

Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлен литературный обзор по базам данных Medline, Pubmed, библиотеке Cochrane и через обычный поиск браузера на русском и английском языках. Нами найдено 180 статей, из них 62 статьи были за последние 8 лет. Целью обзора было понять суть, цели и задачи мультидисциплинарного подхода при подготовке беременной женщины к родам. А также определить преимущества как для женщин, так и для специалистов в данной модели организации.

Ключевые слова: ведение беременности, подготовка к родам, первичная медицинская помощь, мультидисциплинарный подход.

Первичная помощь по беременности и родам может рассматриваться как часть более широкого подхода к охране здоровья населения. Первичная помощь беременной женщине способствует успешному завершению родов, последующему здоровью матери и ребенка, а также и семьи в целом.

Первичная помощь по беременности ориентирована на создания всех условий для здоровой беременности. Целью такой совместной модели является устранить проблемы, стоящие перед первичной помощью, будущим матерям. Совместная модель имеет потенциал для увеличения доступности и качества услуг по охране материнства для всех женщин.

Здоровье ребенка начинает формироваться во внутриутробном периоде и во многом определяется здоровьем родителей и течением беременности. Прегравидарная подготовка – это комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, по подготовке организма к полноценному зачатию, вынашиванию и рождению здорового ребенка.

Несмотря на то что охрана здоровья беременной и ее будущего ребенка является одной из приоритетных задач современной медицины, такие осложнения

беременности, как преэклампсия, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды сохраняют высокую актуальность ввиду своей распространенности, риска неблагоприятных исходов для здоровья женщины и перинатальных потерь. Младенческая смертность и заболеваемость детей, в свою очередь, обуславливаются не только недоношенностью и/или задержкой развития плода в результате нарушения функций фетоплацентарного комплекса, но и пороками развития, которые наблюдаются у 3-5% новорожденных и занимают, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 20% в структуре заболеваемости и инвалидности, 15-20% в структуре перинатальной смертности [1, 2, 3, 4]. Пороки развития новорожденных - это не только трагедия семьи, но и значительная социальная проблема, существенно обременяющая государство, поэтому предотвращение их возникновения является важной медико-социальной задачей [5].

Прегравидарная подготовка (лат. *gravida* - беременная, *pre* - предшествие), или преконцепционная подготовка (англ. *conception* - зачатие) включает комплекс диагностических и лечебно - профилактических мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценно-

* akhmetovazhadira_777@mail.ru

му зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка. Преконцепционная оценка факторов риска и коррекция выявленных нарушений - наилучший доказанный способ снижения акушерских и перинатальных осложнений: материнской и перинатальной смертности, материнской и неонатальной заболеваемости, распространенности врожденных пороков развития (ВПР) и хромосомных аномалий у плода, частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, а также социальных и экономических последствий для общества, связанных с выхаживанием и реабилитацией недоношенных детей и детей-инвалидов.

В 2016г. был опубликован клинический протокол «Прегавидарная подготовка» (Россия), отражающий консенсус экспертов по вопросам подготовки супружеской пары к беременности в различных клинических ситуациях, основанный на изучении отечественной и мировой доказательной базы.

В Республике Казахстан в 2012 г. издан приказ МЗ РК № 452 от 3.07.2012 г. «Алгоритм обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП», в котором разработан алгоритм прегавидарной подготовки.

Общие положения прегавидарной подготовки.

■ Рационально спланированная заблаговременная прегавидарная подготовка значительно снижает вероятность рождения детей с ВПР: дефектами нервной трубки (ДНТ), пороками сердца, челюстно-лицевыми пороками и хромосомными аномалиями.

■ Коррекция дефицита микронутриентов у будущей матери значительно улучшает соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни ее ребенка.

■ Прегавидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста при любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу.

Врачи любых специальностей долж-

ны также учитывать возможность наступления беременности у таких женщин и информировать о предполагаемых рисках для их здоровья, плода и новорожденного как самого заболевания, так и проводимого лечения.

■ Прегавидарное обследование и коррекция выявленных заболеваний женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода.

■ Репродуктивное просвещение и прегавидарное консультирование - безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики абортотворности и приверженности планированию и подготовки беременности.

■ Акушерский и перинатальный риск минимальны у пациенток в возрастной группе 19-35 лет; беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода.

■ Прегавидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку они в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и несут сопоставимую ответственность за здоровое зачатие и рождение здорового ребенка. При этом в минимальном объеме она необходима всем супружеским парам, планирующим беременность. Избежать избыточности позволяет дифференцированный подход, основанный на выделении групп высокого риска.

Этапы прегавидарной подготовки:

I. Определение состояния здоровья будущих родителей и оценка факторов риска:

- сбор анамнеза;
- физикальное обследование;
- лабораторный скрининг.

II. Профилактические мероприятия:

■ планирование беременности, коррекция образа жизни (питания, веса, физической активности), отказ от вредных привычек;

- дотация витаминов и микроэлементов.

III. Дополнительные лечебно-профилактические мероприятия у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анам-

незом и экстрагенитальными заболеваниями.

Базовый объем первичного обследования:

1. Сбор анамнеза.

Сбор общего анамнеза:

- перенесенные ранее заболевания, травмы или операции,
- наличие хронических заболеваний,
- наличие наследственных заболеваний, воздействие экологических факторов (радиация, химические агенты), условия труда и риски, связанные с профессиональной деятельностью,

- бытовые условия, образ жизни;

- особенности пищевого поведения;

- приверженность вредным привычкам;

- прием медикаментов, противопоказанных беременным, аллергические реакции;

- семейный анамнез: заболевания с наследственной предрасположенностью (инсульт, инфаркт, артериальная гипертензия (АГ), онкологические заболевания, эндокринопатии).

Сбор репродуктивного анамнеза женщины:

- Менструальная функция: возраст менархе, длительность менструального цикла, регулярность и болезненность менструаций, обильность кровопотери.

- Возраст начала половой жизни, сексуальная активность, количество половых партнеров и их смена за последние 6 мес., применяемые методы контрацепции (вид, длительность).

- Акушерский анамнез: число и исход предыдущих беременностей, рождение детей с ВПР, антенатальная гибель плода, эктопическая беременность, использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), осложнения предыдущих беременностей - преэклампсия, АГ, гестационный диабет, преждевременные роды, задержка роста плода (ЗРП), отслойка плаценты.

- Наличие бесплодия: отсутствие беременности в течение 1 года при регулярной половой жизни без использования методов предохранения от беременности до возраста женщины 35 лет или 6 мес. - стар-

ше 35 лет; невынашивания беременности.

- Оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, указания на осложнения после аборт и родов.

- Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).

2. Осмотр и физикальное обследование женщины:

- Измерение роста, индекса массы тела (ИМТ), артериального давления (АД), частоты дыхательных движений, частоты сердечных сокращений.

- Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, опорно-двигательного аппарата, молочных желез.

- Гинекологический осмотр: влагалищное исследование при помощи зеркал со взятием мазков, б мануальное влагалищное исследование.

3. Лабораторное и инструментальное обследование:

- Клинический анализ крови.

Определение группы крови и резус-фактора (при отрицательном резус-факторе женщины необходимо уточнить резус-принадлежность партнера).

- Определение сывороточных антител (АТ) к бледной трепонеме, вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), выявление HBsAg, HCVAg. Рутинный скрининг на вирус цитомегалии, простого герпеса и токсоплазму не проводится.

- Определение уровня глюкозы в плазме венозной крови (верхняя граница нормы 5,1 моль/л).

- Определение специфических IgG к вирусам кори и ветряной оспы (желательно).

- Общий анализ мочи.

- Исследование отделяемого женских половых органов на ИППП методом ПЦР (качественное исследование) для определения *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

- Цитологическое исследование мазков с шейки матки (РАР-тест).

- Транс вагинальное ультразвуковое

исследование (УЗИ) органов малого таза.

УЗИ молочных желез/маммография (5-11-й день цикла).

Дополнительный спектр лабораторного и инструментального скрининга, а также потребность в дополнительных консультациях смежных специалистов определяется индивидуально, ориентируясь на результаты базового обследования. Базовый объем профилактических мероприятий.

Значительные данные свидетельствуют о том, что модифицируемые факторы риска неблагоприятных исходов беременности, таких как преждевременные роды и низкий вес при рождении, включают ожирение, сидячий образ жизни и инфекции. Растет согласие с тем, что предконцепционные и интерконцепционные периоды могут быть идеальным временем для профилактического вмешательства, направленного на эти факторы риска; улучшение здоровья до беременности впоследствии уменьшит риск неблагоприятных исходов беременности.

Несмотря на медицинские и технологические усилия по улучшению дородовой помощи, здоровье матери и ребенка в Соединенных Штатах за последние несколько десятилетий продемонстрировало незначительное улучшение. Неблагоприятные исходы беременности, включая преждевременные роды и низкий вес при рождении, являются приоритетными проблемами общественного здравоохранения, и показатели заболеваемости продолжают расти. Хотя такие тенденции, как увеличение рождаемости в более старшем материнском возрасте и увеличение числа многоплодных родов с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, как полагают, способствуют плохим результатам родов, эти тенденции не полностью объясняют эскалацию преждевременных родов и низкий коэффициент рождаемости. Появляется консенсус среди экспертов по женскому здоровью о том, что следует уделять больше внимания состоянию здоровья женщин и моделям рискованного поведения до того, как они станут беременными, особенно среди малообеспеченного насе-

ления, такого как сельские женщины [7].

Определение междисциплинарной модели первичной медицинской помощи в рамках сотрудничества выглядит следующим образом: «Модель предназначена для содействия активному участию каждой профессиональной единицы в обеспечение качественного ухода. Она ориентирована на женщину, уважает цели и ценности женщин и их семьи, обеспечивает механизмы для постоянного общения между медицинским работником, оптимизирует участие медицинского работника в принятии клинических решений (в пределах и между дисциплинами) и воспитывает уважение к вкладу всех дисциплин» [8].

Важно подчеркнуть, что беременность является естественным физиологическим процессом, но имеет также потенциальные риски, которые требуют эффективного ухода и управления. Понятно, что ни одна из медицинских профессий не может эффективно решать все вопросы здравоохранения в изоляции навыков и опыта отдельных специалистов. Эволюция модели сотрудничества основана на потребности каждого и реалии общества. Представители разных медицинских профессий могут работать вместе, чтобы развивать отношения сотрудничества и смотреть вперед на долгосрочные социальные выгоды в их обществе.

Реализация мультидисциплинарного подхода имеет четыре стратегических приоритета [9,10]:

1. Подход, основанный на здоровье и благополучии матери, с целью обеспечения наилучшего начала жизни детей. Матери и семьи получают поддержку и возможность улучшать свое здоровье и благополучие;

2. Женщины имеют доступ к безопасному, высококвалифицированному, доступному, ориентированному на женщину уходу по беременности и родам;

3. Беременность и роды признаются нормальным физиологическим процессом, насколько он может быть безопасным, с оценкой рисков для выбора места родоразрешения, учитывая желание женщины;

4. Родильные службы получают достаточные ресурсы, опираясь на сильное

и эффективное руководство, механизмы управления, осуществляемые квалифицированной и компетентной работой специалистов, в партнерстве с женщинами.

В идеале, модель сотрудничества развивается в региональную систему интегрированного первичного ухода за материнством. Сотрудничество - это совместная работа для общей цели. Сотрудничество является совместным взаимодействием в процессе принятия решений с целью удовлетворения потребностей здравоохранения в целом. Считается, что качественная помощь пациентам достигается путем совместного вклада врачей разных специальностей, среднего и младшего медицинского персонала. Настоящая совместная практика не имеет иерархии. Вклад каждого участника основан на знаниях или опыте, внедренных в практику, а не традиционные отношения работодатель / работник [11].

Цели и задачи:

1.Целью нашего исследования понять принципы и модель организации мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП;

2.Определить преимущества данного подхода в повышении качества ухода за материнством.

Материалы и методы. Мы провели обзор литературы по базам данных Medline, PubMed, библиотеке Cochrane и через обычный поиск браузера на русском и английском языках. Нами найдено 180 статей по запросу с ключевыми словами: ведение беременности, подготовка к родам, первичная медицинская помощь, мультидисциплинарный подход. Из них 62 статьи были за последние 8 лет.

Результаты. Модель была разработана, имея возможность быть гибкой по составу, структуре и местоположению, чтобы гарантировать ее использование, учитывая уникальные потребности каждого сообщества, сельского, отдаленного или городского [9,10]. Принципы междисциплинарной модели первичной медицинской помощи, основана на сотрудничестве. Разработаны 16 руководящих принципов для внедрения модели [16].

1.Ориентирован на женщину: отзывчивость и осознанный выбор, учитывая предпочтения женщин.

2.Модель должна учитывать потребности, цели и ценности женщин и их семей.

3.Качественный уход по родовспоможению: качественный родильный уход достигается за счет вклада и помощи специалистов разных медицинских дисциплин. Качественная помощь основана на справедливости доступа к услугам и их интеграции, своевременность, непрерывность ухода, безопасность пациентов и оценка опыта различных специалистов.

4.Использование практических рекомендаций, имеющих доказательную базу и приверженность к лечению.

5.Высокий профессионализм.

6.Приверженность совместной модели: готовность посвятить время и энергию принципу сотрудничества. Готовность открыто обсуждать разногласия.

7.Взаимное доверие и уважение.

8.Общие ценности, цели и видения с философией деторождения как нормальный физиологический процесс. Честное, открытое и постоянное общение.

9.Ответственность: признание стандартов практики каждой профессии.

10.Область применения: понимание и уважение сферы охвата различных профессий.

11.Общие протоколы для клинических и административных целей.

12.Взаимодополняющая среда: единый фронт и взаимная поддержка членами команды.

13.Прием для обсуждения финансовых вопросов: открытое и прозрачное обсуждение финансовых вопросов.

14.Региональность: женщины имеют возможность получить первичную медицинскую помощь как можно ближе к месту проживания.

15.Эффективное, интегрированное региональное предоставление услуг: для обеспечения ухода и заботы о женщинах, будь то нормальная беременность или ситуации высокого риска.

16.Знание доступных услуг: женщи-

ны и их семьи должны быть информированы о спектре услуг и поддержки, доступных для них, особенно в сельских и отдаленных районах, где некоторые аспекты ухода могут быть недоступны. Женщины должны быть обеспечены соответствующей письменной информацией о различных доступных им вариантах родовспоможения (с точки зрения стоимости, преемственность, переход между больницей и их домом, и другая информация, необходимая пациентам).

Состав. Междисциплинарная модель первичной помощи для беременных сосредоточена на группе людей с различным образованием и опытом, которые работают вместе в единой команде. Модель развивает концепцию совместной командной практики и является гибкой для удовлетворения потребностей и проблем соответствующих заинтересованных сторон, обеспечивающих и получающих помощь по родовспоможению. Гибкость учитывает варианты, которые лучше всего соответствуют различным контекстным потребностям поставщиков услуг по охране материнства.

Члены команды должны:

- определить миссию и общие цели;
- поддерживать высокий уровень взаимопомощи;
- принимать и использовать дисциплинарные различия и дублирующие роли;
- создавать формальные и неформальные структуры, способствующие совместному решению проблем;
- поделиться лидерством;
- сфокусированы на сообществе и предоставлении услуг, ориентированных на женщин.

Два или более профессионалов могут принадлежать к основной модели команды. Команда использует дополнительные отдельные лица, команды или группы и / или методы практики, в зависимости от конкретной потребности или проблеме.

Модель основана на основной команде медицинских работников, которые являются основными и имеют постоянный контакт с женщиной. Это могут быть семейные врачи, медсестры, акушерки и

акушеры - гинекологи. Женщины могут видеть некоторых или всех этих специалистов в модели, в зависимости от конкретных потребностей и меняющихся условий беременности. В некоторых местах, особенно в сельской местности, врачи общей практики с опытом в области хирургии и / или анестезиологии также могут быть основным членом [14,15,16].

В то время как большинство специалистов первичной медико - санитарной помощи предоставляют услуги по материнству женщинам с низким риском осложнений беременности, акушеры берут на себя ведущую роль при ведении беременности с высоким риском. В большинстве случаев акушеры играют гораздо большую роль в обеспечении первичного ухода за материнством из-за индивидуальных профессиональных предпочтений, исторического контекста и / или давления связано с ограниченными возможностями других медицинских работников [12,13].

Другие медицинские работники играют жизненно важную роль в оказании первичной медицинской помощи, в зависимости от конкретных потребностей женщины и ее ребенка. Это может включать терапевты, медсестры, диетологи, анестезиологи, педиатры и / или неонатологи. Медицинские работники, такие как консультанты по лактации, социальные работники и другие также привлекаются по мере необходимости.

Этапы первичной охраны материнства [16]. Существует три этапа первичной помощи по беременности и родам: до родов, при родах и после родов. Основные специалисты - семейные врачи, медсестры, акушерки, акушеры - участвуют в каждом из трех этапов. Совместная команда обеспечивает доступ к основным элементам помощи для женщин. Другие специалисты могут также быть вовлечены, опять же, в зависимости от потребностей женщины.

На первом этапе осуществляется: подтверждение беременности; определение риска, ссылаясь на модель сотрудничества; определение необходимых социальных и медицинских ресурсов для поддержания здоровья; определение фак-

торов риска, выявленных во время беременности, для определения состава специалистов основной команды; определить руководящее звено в зависимости от рисков беременности (например, семейный врач, акушерка или акушер); определение места, условия самих родов с учетом желания и выбора женщины; определение послеродового ухода, стратегия ухода, разработанный с женщиной в случаях, где это возможно, предлагаются варианты ухода; выбор протоколов ведения.

Индивидуальные предпочтения относительно модели помощи должны быть установлены и обсуждены в первые два посещения перед родами. Желательно и важно, чтобы учитывалось: выбор женщин; понимание того, что женщина хочет и что должна знать; непрерывность ухода, (кто будет вести роды); компетентность специалистов; признание желания, чтобы женщина была услышана; минимизация неопределенности; отзывчивость к уникальным индивидуальным потребностям; признание преимущества в философии ухода; предоставление помощи на основе взаимоотношений и взаимопонимания; возможность встретиться с членами команды - все поставщики услуг; фокус контроля над женщиной; культурная и коммуникативная компетентность.

Второй этап, роды. Члены команды или другие специалисты по мере необходимости будут оказывать необходимую помощь, в процессе родов. Опять же, это будет зависеть от выбора будущей мамы в случаях, где это возможно, и с помощью различных квалифицированных специалистов в данной команде. Если имеются неожиданные осложнения или беременность была оценена как высокого риска перед родами, акушер должен присутствовать при родах. Важным моментом здесь не является модель сотрудничества сама по себе, но потребности матери. Если нет акушерского опыта, в представленной модели сотрудничества, то этот опыт должен быть доступен и интегрирован без проблем для будущей мамы. В идеале это должно быть на местном уровне, хотя могут быть проблемы в

сельских и отдаленных районах. Медсестры, работающие по модели сотрудничества, могут улучшить непрерывность ухода, посещая матерей и младенцев в соответствующих местах рождения и после рождения. Они также могут облегчить разрывку планирования при необходимости.

Третий этап, послеродовая помощь [16]. Как и в случае родовспоможения, в зависимости от потребностей матери и ребенка (например, консультанты по грудному вскармливанию, социальный работник, физиотерапевты, педиатры, неонатологи, медицинские сестры, диетологи). Помощь, необходимая от этих специалистов координируется основной командой.

Триада непрерывности [16]. Непрерывность в первичной помощи, как правило, представляет собой отношения между одним практикующим врачом и пациентом, который выходит за рамки определенных эпизодов болезни или заболевания. Преемственность подразумевает смысл связи между пациентами и их практиками врачами (лояльность и клиническая ответственность). *Непрерывность способствует «улучшению общения, доверия и устойчивого чувства ответственности»* (Haggerty et al, 2003).

Есть три типа преемственности:

Информационная преемственность - использование информации о прошлых событиях и личных обстоятельствах, чтобы сделать текущий уход максимально подходящим для каждого человека.

Управленческая преемственность - последовательный и поэтапный подход к управлению состоянием здоровья, которое реагирует на изменения потребностей пациента.

Непрерывность отношений - постоянное взаимодействие между пациентом и одним или более специалистов.

Непрерывность имеет решающее значение для улучшения исхода беременности, и, как правило, относится к организации работы специалистов. Сама женщина играет ключевую роль в формировании ухода, который ей предоставляется. *Информационная преемственность* гарантирует, что

члены команды эффективно получают доступ и передают друг другу самую актуальную информацию о пациенте.

Общая философия модели обеспечивает *непрерывность управления*. Хотя разные медработники могут участвовать в уходе в разное время и в разных условиях, последовательный подход к управлению медицинской помощи независимо от специалиста укрепляет модель.

Основные компоненты модели [16].

Существует 22 основных компонента многопрофильной совместной первичной помощи по беременности и родам. Основные компоненты представляют те аспекты совместной первичной медицинской помощи, которые считаются важными для определения способа работы модели: 1. Женщина в центре; 2. Объединенные консультации; 3. Доступ и доступность; 4. Выбор места рождения; 5. Общие стандарты практики; 6. Область применения; 7. Общая философия и общее понимание; 8. Основная структура; 9. Вспомогательные структуры; 10. Размер модели; 11. Расположение; 12. Баланс между работой и личной жизнью; 13. Вознаграждение; 14. Подотчетность, ответственность и злоупотребление служебным положением; 15. Связь с командой; 16. Организация учебного процесса; 17. Совместная культура; 18. Эффективное общение; 19. Общая запись; 20. Гибкость; 21. Решение поддерживает результат; 22. Оценка.

ВЫВОДЫ:

1. Процесс разработки модели сотрудничества является поэтапным подходом (постепенным) и основанные на сообществе (разработаны на местном уровне на уровне сообщества, уважая и решая индивидуальные и общественные нужды). Модель сотрудничества отражает взаимодействие различных медицинских работников и широкий спектр услуг и поддерж-

ки, которые они предоставляют. Модель, представленная здесь, является планом для руководства и помощи специалистам по материнству и организации новых рабочих отношений друг с другом.

Считается, что качественная помощь пациентам достигается путем совместного вклада всех специалистов. Совместная практика в данной модели не имеет иерархии. Вклад каждого участника основан на знаниях или опыте, привнесенных в практику, а не традиционные отношения работодатель / работник. Междисциплинарное сотрудничество, включая сотрудничество на многих уровнях и во многих дисциплинах.

2. Существует два основных преимущества совместной модели в отношении областей применения:

Преимущества для специалистов: хотя могут быть опасения по поводу возможной потери профессиональной автономии, ключевым преимуществом пересекающихся областей практики является то, что члены команды могут оказывать более своевременную помощь женщинам, а также пополнять знания о деятельности других профессионалов, учитывать и уважать ее.

Преимущества для женщин: так как общий смысл совместной модели заключается в обеспечении положительных результатов для женщин и их детей, следует ожидать, что в максимально возможной степени, совместная команда сможет ответить на потребности женщины, которая будет иметь постоянную поддержку, влияние и взаимодействие других специалистов в совместной работе.

А также, более эффективное использование времени, более эффективное использование человеческих ресурсов, сокращение продолжительности пребывания в больнице, улучшенные рабочие отношения, снижение затрат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические протоколы диагностики и лечения, утвержденные МЗ РК протоколом № 10 от «04» июля 2015 г., № 17 от 8.12. 2016 г.

2. Клинические протоколы диагностики и лечения МЗ РК, утвержденные протоколом № 18 от 19.09.2013г
3. Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 17.
4. Лебеденко Е.Ю. Near miss: на грани материнских потерь. Под ред. В.Е. Радзинского. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2015. 184 с.
5. Прегравидарная подготовка: клинический протокол. [авт. разработ. В.Е. Радзинский и др.]. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2016. 80 с.
6. Design of the Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS) Strong Healthy Women Intervention: Improving Preconceptional Health, 2009; Danielle Symons Downs, Mark Feinberg, Marianne M. Hillemeier, Carol S. Weisman, Gary A. Chase, Cynthia H. Chuang, Roxanne Parrott, Lori A. Francis.
7. State Claims Agency Clinical Incidents and claims report in Maternity and Gynaecology services; a five year review, 2010-2014; 2: 6-14.
8. Tarrant R., Younger K., Sheridan-Pereira M. and Kearney J. (2011). "Maternal Health Behaviours During Pregnancy in an Obstetric Population and Their Associations with Socio-Demographic and Infant Characteristics". European Journal of Clinical Nutrition 65(4):470-479.
9. Jones N., McFall B. and Diego M. (2004) "Patterns of brain electrical activity in infants of depressed mothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament", Biological Psychology 67(1-2), 103-124.
10. Ireland, Department of Health National Healthcare Quality Reporting System: First Annual Report, Dublin: Department of Health 2015; 2: 123-128.
11. Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales Anaesthesia Under Examination: The Efficiency and Effectiveness of Anaesthesia and Pain Relief Services in England and Wales (Health Studies), London: Audit Commission 1997; 45-49.
12. National Programme for Paediatrics and Neonatology, Health Service Executive Model of Care for Neonatal Services in Ireland, Dublin: Health Service Executive 2015; 57-59
13. Koo Y., Ryu H., Yang J., Lim J., Kim M. and Chung J. "Pregnancy outcomes according to increasing maternal age", Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002; (51)1, 60-65.
14. Leddy M., Power M. and Schulkin J. "The impact of maternal obesity on maternal and fetal health", Reviews in Obstetrics and Gynecology, 2008; 1(4), 170-178.
15. National Institute for Health and Care Excellence Intrapartum care for healthy women and babies, London: National Institute for Health and Care Excellence 2015; 2: 67-69
16. Oken E. "Maternal and child obesity: the causal link". Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America: 2009; 36(2), 361-377.

ТҮЙІНДІ

Мақалада Medline, Pubmed, Cochrane дерекқорларындағы, сонымен қатар және орыс және ағылшын тілдеріндегі кәдімгі браузерлерді іздеу арқылы ұлттық және халықаралық әдебиеттерге шолу жасалды. Біз дамыған елдерде көпсалалы көзқарастың стратегияларын қарастыру үшін осы тақырып бойынша 138 мақаланы таптық, соның ішінде 62 мақала соңғы 8 жылдық мақалалар. Зерттеудің мақсаты босанған әйелді босануға дайындауда көпсалалы көзқарастың мәнін, мақсаттары мен міндеттерін түсіну болды. Сондай-ақ жүкті әйелдер мен медициналық ұйымдардың мамандарына пайдалы үлесін анықтау болып табылды.

Кілт сөздер: жүктілікті жүргізу, босануға дайындау, біріншілік медициналық көмек, мультидисциплинарлы тәсіл.

SUMMARY

This article presents a literature review of the Medline, Pubmed, Cochrane databases and through a regular browser search in Russian and English. We have found 180 articles, 62 of which have been in the last 8 years. The purpose of the review was to understand the essence, goals and objectives of a multidisciplinary approach in preparing a pregnant woman for childbirth. And also to determine the benefits for both women and specialists in this model of organization. Basics of a multidisciplinary approach in preparing a pregnant woman for childbirth at the primary health care level.

Key words: *pregnancy management, preparation for childbirth, primary medical care, a multidisciplinary approach.*

УДК:614.253.52-08:614

DOI:10.24411/2415-7414-2019-10015

ROLE OF NURSE EXECUTIVES' LEADERSHIP SKILLS

¹ J. Zainulina, ² H. Hopia, ^{3*} D. Ospanova

¹ National Scientific Center of Oncology and Transplantology of the corporate fund
«University Medical Center», Astana, Kazakhstan

² JAMK University of Applied Sciences, Jyväskylä, Finland

³ Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty, Kazakhstan

SUMMARY

It has been suggested that leadership in nursing plays a key role in interprofessional collaboration. The development of nursing leadership is multifaceted and includes the initiation and implementation of a leadership program. This initiative supports the professional activities of nurses in promoting higher education standards, increasing autonomy, responsibility and recognition of the profession. Leadership plays a big role in team building and teamwork. A lot of things depend on personal qualities and traits of character, style of the relation, microclimate, psychological atmosphere in team – all of these in many respects are defined by leadership skills of the executives [1]. The purpose of this article is to describe leadership skills of the nurse executives' and thus, to extend the knowledge of those skills needed in nursing leadership. This can serve as the basis for further development of the capacity of nurse executives. To achieve these goals, a review of research results in international literature was conducted. The literature review was conducted through searches from the CINAHL database and the Janet e-library. For reviewing, 28 peer-reviewed articles in English and 5 books published between 2000 and 2017 were chosen. As a result of the study, it can be stated that the role of nurse executives' leadership skills involves cultural awareness, strategic thinking, interpersonal skills, and effective relationships. Nurse executives need to develop leadership skills. Nine core leadership competencies have been identified that are crucial for nurse executives in increasing their capacity as leaders and executives.

Key words: *leadership skills, leadership styles, nursing management, leadership skills in nursing, role of leadership in nursing.*

* dinara.ospanova@mail.ru