



Оценка субъективных критериев отношения пациентов к организации питания в санаториях

НАГИБОВИЧ О.А., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы¹
КИРИЧЕНКО Н.Н., майор медицинской службы (drnatos@list.ru)¹
ПЕРВОВА В.С.¹
МЕРЗЛИКИН А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы¹
ПАВЛОВ А.В.²
ГЛУХОВА Н.И.³

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Санаторно-курортный комплекс «Северокавказский» МО РФ, г. Пятигорск; ³«ООО ПСКК Машук Аква-Терм», г. Железноводск

Представлен сравнительный анализ «традиционной» системы питания в санаторно-курортных организациях и системы питания по типу «шведский стол». При обследовании 452 пациентов в санаториях для обеих систем питания выявлено отсутствие значимой динамики объективных показателей. Установлено улучшение субъективных оценочных критериев по шкалам SF-36, CAH, уменьшение выраженности гастроэнтерологических синдромов по шкале GSRS в санатории, где применяется система питания «шведский стол».

К л ю ч е в ы е с л о в а: военнослужащие, санаторно-курортная организация, организация питания, качество жизни.

Nagibovich O.A., Kirichenko N.N., Pervova V.S., Merzlikin A.V., Pavlov A.V., Glukhova N.I. — Evaluation of subjective criteria of patients' attitude to catering at health resorts. A comparative analysis of the «traditional» nutrition system in health resort organizations and the food system as a «buffet» is presented. When examining 452 patients in health resort for both food systems, there was no significant dynamics of objective indicators. Improvement of subjective evaluation criteria on SF-36, SUN scales, reduction of gastroenterological syndrome severity on the GSRS scale in a sanatorium where the «buffet» food system is applied has been established.

Key words: servicemen, health resort organization, catering, quality of life.

Лечебное питание является одним из важных средств в арсенале практической медицины, играет существенную роль в комплексном лечении заболеваний, а также способствует сохранению и укреплению здоровья военнослужащих и других контингентов [7, 8].

В настоящее время отсутствует единая терминология для обозначения применяемых систем организации питания. Тем не менее в научной литературе и в профессиональном обиходе существуют устоявшиеся термины, одинаково понимаемые большинством специалистов медицинской службы. В своей работе мы использовали традиционные термины, придерживаясь следующего их значения:

— «шведский стол (буфет)» (ШС) — форма организации питания, устанавливающая способ одновременной подачи блюд в широком ассортименте, при котором потребитель выбирает и самостоятельно порционирует блюда и напитки,

а официант (повар) при этом оказывает консультативную помощь; данная форма питания чаще применяется при организации завтраков, обедов, ужинов в домах и базах отдыха;

— «система «меню-заказ», или «заказная система питания», также обозначаемая как «традиционная» система» (ТС) питания — форма организации питания на основе заранее составленного меню с предварительным свободным выбором пациентом блюд и закусок; используется в большинстве военных здравниц [4, 5].

Цель исследования

На основе сравнительного анализа динамики объективных показателей и субъективных оценочных критериев по шкалам SF-36, CAH, GSRS у пациентов санаторно-курортных организаций научно обосновать применение наиболее эффективной системы организации лечебного питания в военных здравницах.



Материал и методы

Объектом исследования явилась организация питания лиц, находившихся на санаторно-курортном лечении в военном санатории (ВС) «Ессентукский» и санатории «ООО ПСКК Машик Акватерм» (ПСКК, г. Железноводск) в мае–августе 2014 г. В ВС питание было организовано по «традиционной», семидневной системе «меню-заказ», в ПСКК – по системе «шведский стол». В ВС и других санаториях Минобороны России функция организации питания пациентов возложена на стороннюю организацию в соответствии с заключенным государственным контрактом (аутсорсинг услуг). В ПСКК питание пациентов организуется и осуществляется силами самой здравницы.

Сравнение различных систем питания проводилось путем оценки объективных и субъективных показателей в сформированных случайным образом выборках пациентов в ВС и ПСКК. Выбранные нами для обследования пациентов здравницы расположены в одной климатической зоне, используют одинаковую номенклатуру лечебных диет, сходны по нозологическому составу пациентов, применяемым методам лечения и оснащению лечебной базы. Исследования проводили в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных и медицинских исследований с участием человека» (с поправками 2000 г.) и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными приказом Минздрава России № 266 от 19.06.2003 г. Все испытуемые ($n=452$) дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В оценке систем организации питания использовали объективные и субъективные критерии. В качестве объективных критериев изучали у пациентов антропометрические показатели, характер распределения жировой ткани в организме. Дополнительно использовали данные лабораторных исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. В качестве субъек-

тивных критериев оценки пациентами своего состояния и их отношения к организации и качеству питания в санаториях применяли:

- специализированный опросник качества жизни GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) [1, 2], специальный опросник для исследования качества жизни в гастроэнтерологии. Опросник состоит из 15 пунктов и содержит 5 шкал. Показатели шкал колеблются от 0 до 6 баллов, более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому качеству жизни;

- опросник SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) [6] – общий опросник качества жизни, включает 36 вопросов, содержит 8 шкал;

- опросник САН – бланковый тест, отражающий исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение);

- анкета «удовлетворенности» питанием – вариант стандартной анкеты в модификации исследователей для оценки качества питания.

Испытуемые самостоятельно заполняли опросники GSRS, САН и SF-36 на следующий день после поступления и в день, предшествующий дню выписки из санатория, анкету «удовлетворенности» питанием – в день выписки. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы пакета StatSoft.Statistica.10.0. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение. Для сравнения независимых выборок использовали параметрический t -критерий Стьюдента (при оценке параметров, имеющих распределение, близкое к нормальному) и критерий χ^2 (хи-квадрат) Пирсона (при оценке показателей, имеющих распределение, отличное от нормального). Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Из числа обследуемых были сформированы две группы, не имеющие значимых различий по возрасту, индексу массы тела и половой принадлежности (табл. 1): группа 1, использовавшая систему питания ТС ($n=83$); группа 2, использовавшая систему питания ШС ($n=28$).



Результаты и обсуждение

По результатам исследования ни один из изученных у наблюдаемых групп пациентов антропометрических (вес, толщина кожно-жировой складки и др.) или лабораторных (гемоглобин, общий белок и др.) показателей существенно не различался после лечения с исходным значением ($p>0,05$). Отсутствие значимой динамики изученных показателей в обеих санаториях могло объясняться, с одной стороны, малым временем воздействия (2–3 нед) фактора питания на обследуемых, которого было недостаточно для формирования явных структурно-функциональных изменений. С другой стороны, — одинаковым влиянием обеих исследованных систем питания на объективный статус пациентов.

Некоторые анкетные показатели, отражающие субъективное мнение человека, в обеих выборках за время лечения значимо изменились и указывали на улучшение качества жизни пациентов при разных системах питания. При этом общее количество шкал, показавших положительную динамику (что свидетельствовало об

улучшении состояния пациентов в результате лечения), было выше ($p<0,05$) в выборке с системой питания «шведский стол». Интересно отметить, что величина улучшения показателей по шкалам всех опросников у мужчин с питанием по типу ШС в среднем в 3,7 раза превышала ($p<0,05$) величину улучшения при питании по ТС.

До начала лечения в санаториях только по одному показателю опросника GSRS между группами обследуемых имелось существенное различие (RS — выраженность рефлюкс-синдрома), другие четыре показателя статистически значимо не различались (табл. 2). По окончании наблюдения значимые различия между группами отмечались уже по трем шкалам (абдоминальная боль, констипационный синдром, диспептический синдром), а в отношении выраженности реф-

Таблица 1

Характеристика испытуемых

Показатель	Группа 1 ($n=83$)	Группа 2 ($n=28$)	p
Возраст, лет	54,58±3,37	53,25±3,41	>0,05
ИМТ при поступлении	27,44±3,35	26,25±4,25	>0,05
Мужчины, абс. число/%	35/42,2%	8/28,6%	>0,05
Женщины, абс. число/%	48/57,8%	20/71,4%	>0,05

Таблица 2

Динамика гастроэнтерологических синдромов

Шкалы	Группа 1 ($n=83$)	Группа 2 ($n=28$)	p
<i>До лечения в санатории</i>			
DS (диарейный синдром)	1,35±0,57	1,47±0,65	>0,05
IS (диспептический синдром)	2,12±1,1	2,10±0,95	>0,05
CS (констипационный синдром)	1,89±1,1	1,71±0,95	>0,05
AP (абдоминальная боль)	1,94±0,92	1,95±0,78	>0,05
RS (рефлюксный синдром)	1,51±0,87	1,87±0,81	0,044
<i>Величина изменения после завершения лечения</i>			
DS (диарейный синдром)	-0,2±0,61	-0,42±0,69	>0,05
IS (диспептический синдром)	-0,55±0,97	-0,98±0,94	0,049
CS (констипационный синдром)	-0,52±1,02	-0,67±0,94	>0,05
AP (абдоминальная боль)	-0,61±0,97	-0,85±0,82	>0,05
RS (рефлюксный синдром)	-0,36±0,71	-0,77±0,83	0,014



люкс-синдрома, наоборот, значимые различия исчезли.

Динамика показателей шкал по опроснику GSRS свидетельствовала об уменьшении выраженности гастроэнтерологических синдромов в обеих группах. Как и в общем случае, степень выраженности положительной динамики на фоне питания была более выражена в группе с ШС, чем в группе с ТС ($p<0,05$). Данное улучшение имело гендерные особенности, которые проявлялись у женщин только в уменьшении выраженности рефлюксного синдрома, а у мужчин — дополнительным снижением диарейного синдрома и синдрома абдоминальной боли.

Представленные данные привели нас к мнению, что правильно организованное питание, независимо от его типа (ТС или ШС), уменьшает субъективное восприятие гастроэнтерологических синдромов.

При анализе показателей опросника SF-36 отмечалась схожая тенденция: внутригрупповая динамика (разница между показателем в конце и в начале наблюдения) по всем показателям демонстрировала существенные положительные изменения в обеих группах обследуемых, при этом величина изменения ряда показателей имела статистически значимые различия и между группами (табл. 3). Так, по мнению респондентов группы 2, после лечения они могли выполнять большую физическую нагруз-

ку (шкала PF), проблемы со здоровьем в меньшей степени ограничивали их повседневную деятельность (шкала RP), они испытывали меньшее утомление (шкала VT), прирост социальной активности (шкала SF) и больше времени чувствовали себя спокойными и умиротворенными за последние недели (шкала MH). В целом можно утверждать, что более выраженная положительная динамика наблюдалась в группе ШС ($p<0,05$).

У женщин имелась особенность — динамика показателя шкалы SF (социальное функционирование) опросника SF-36, напротив, была в 4,7 раза больше/лучше ($p<0,05$) у пациентов, получавших питание по ТС, по сравнению с женщинами, получавшими питание по типу ШС.

При сравнении показателей шкал опросника САН (табл. 4) наблюдалась схожая картина: внутригрупповая динамика показателей демонстрировала положительные значимые изменения в обеих группах, причем в группе 2 степень выраженности динамики показателей самочувствия, активности, настроения и суммарная шкала были максимальными ($p<0,05$).

Для оценки качества предлагаемых услуг и организации питания по типу ШС в целом всем испытуемым (452 человека) при выписке предлагалось заполнить анкету по оценке удовлетворенности питанием, состоящую из 10 вопросов. На вопрос «удовлетворяет ли ваши потребности рацион питания, предлага-

Таблица 3

Динамика качества жизни по опроснику SF-36

Шкала	Группа 1 ($n=83$)	Группа 2 ($n=28$)	p
PF (Физическое функционирование)	+3,50±6,29	+7,73±6,29	0,004
RP (Ролевое физическое функционирование)	+5,74±8,65	+13,16±8,65	0,0001
BP (Шкала боли)	+4,81±13,21	+7,32±11,01	>0,05
GH (Общее состояние здоровья)	+16,25±38,6	+33,04±41,41	>0,05
VT (Шкала жизнеспособности)	+6,65±19,89	+22,50±19,89	0,001
SF (Шкала социального функционирования)	+11,00±16,31	+26,79±16,31	0,0001
RE (Ролевое эмоциональное функционирование)	+15,4±36,35	+29,72±36,7	>0,05
MH (Психологическое здоровье)	+9,30±14,98	+21,89±19,06	0,001



емый в санатории?» большинство испытуемых (97%, $p<0,05$) из ПСКК ответили утвердительно, тогда как в ВС ответы распределились следующим образом: «да» — 56,3%; «отчасти» — 35,8%; «нет» — 7,9%. Полученные результаты свидетельствуют о том, что большая часть пациентов санаториев в целом удовлетворена качеством питания, при этом пациентов, удовлетворенных качеством оказываемых услуг по питанию по типу ШС, больше ($p<0,001$), чем в санатории с ТС.

Показательны результаты анкетирования участников опроса на предмет оценки вкусовых качеств предлагаемых блюд. Ответы респондентов распределились следующим образом: 97% из ПСКК указали на удовлетворительное качество предлагаемых блюд, тогда как в военном санатории таких пациентов было 88,4% ($p<0,05$).

Ответы респондентов на вопрос «при прочих равных условиях отдадите ли вы предпочтение санаторию с системой питания «шведский стол»?» распределились следующим образом: среди пациентов санаториев с ТС питания число респондентов, желающих питаться по системе ШС, составило 34% и значительно уступало числу желающих питаться по системе ШС (72%, $p<0,05$) из числа опрошенных в санатории, где такая система питания уже реализована.

Категорических противников системы ШС в санатории, где такое питание организовано, было 4%, тогда как в санаториях с ТС питания отрицательно отнеслись к питанию по системе ШС 49% ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют, что в санатории, где система питания ШС успешно применяется, пациенты в целом удовлетворены предлагаемой организацией лечебного питания. В санаториях с ТС питания пациенты, наоборот, по большей части высоко оценивают более привычную и комфортную для них «заказную» систему организации питания, а социальный запрос на изменение формы питания на сегодняшний день не сформирован.

Таблица 4

Динамика показателей опросника САН

Показатель	Группа 1 ($n=83$)	Группа 2 ($n=28$)	p
«Активность»	$+0,70\pm 1,07$	$+1,75\pm 1,07$	0,0001
«Настроение»	$+0,42\pm 0,95$	$+1,57\pm 0,88$	0,001
«Самочувствие»	$+0,67\pm 0,94$	$+1,95\pm 0,94$	0,0001
Сумма шкал	$+0,62\pm 0,83$	$+1,75\pm 0,83$	0,0001

ВЫВОДЫ

1. Лечебное питание по типу «традиционная» система или «шведский стол (буфет)» не оказывает выраженного влияния на динамику антропометрических и лабораторных показателей при санаторно-курортном лечении, при этом у пациентов значительно улучшаются показатели субъективной оценки самочувствия.

2. При правильной организации и надлежащем производственном контроле обе сравниваемые системы питания демонстрируют положительное воздействие на динамику исследуемых показателей, способствуют благоприятному для пациента исходу санаторно-курортного лечения.

3. Переход в военных санаторно-курортных организациях от системы питания по типу «традиционная» к системе питания по типу «шведский стол (буфет)» не имеет кардинальных предпосылок, поскольку с диетологической точки зрения «традиционная» система питания доказала свою состоятельность, успешность и безопасность и не уступает по клинической эффективности системе питания по типу «шведский стол (буфет)». Кроме того, внедрение новых производственных процессов и технологий при переходе к системе питания по типу «шведский стол (буфет)» потребует выделения дополнительных финансовых ассигнований из федерального бюджета на закупку, монтаж и обслуживание необходимого технологического оборудования и обучение персонала.



Литература

1. *Барахатов И.В.* Применение гастроэнтерологического опросника GSRS в ранней диагностике синдрома хронической абдоминальной ишемии // Казанский мед. журн. — 2013. — Т. 94, № 3. — С. 406–408.
2. *Барышников Н., Белоусова Л., Петренко В., Павлова Е.* Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных // Врач. — 2013. — № 7. — С. 62–65.
3. Инструкция по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях (утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ от 5.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации») // Российская газета, 12.07.2013 г.
4. *Кириченко Н.Н., Аверьянов А.И., Белозеров Е.С.* Шведский стол как форма диетического

питания в санаторно-курортных учреждениях: за и против // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2014. — № 102 (2). — С. 71.

5. *Кириченко Н.Н., Первова В.С., Андриянов А.И.* Возможности организации диетического питания в лечебно-профилактическом учреждении санаторно-курортного профиля // Вестник Рос. воен.-мед. акад. — 2014. — № 2 (46). — С. 16. — Приложение.

6. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованиям качества жизни в медицине. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 136 с.

7. *Пономаренко Г.Н.* Организация работы санаторно-курортного учреждения: Методическое пособие. — СПб, 2009. — 128 с.

8. *Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А.* Совершенствование организации диетического (лечебного и профилактического) питания в учреждениях здравоохранения // Вопросы питания. — 2014. — Т. 83, № 3. — С. 69–70.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В Санкт-Петербурге на территории учебного центра *Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова* **31 июля** состоялась торжественная церемония открытия конкурса «**Военно-медицинская эстафета**» в рамках *Армейских международных игр-2017*.

Участвовать в международном конкурсе будут военные медицинские специалисты из Белоруссии, Зимбабве, Казахстана, Ирана и России. Каждая сборная выставила на соревнования по две команды — мужскую и женскую, в которых по четыре человека, включая запасного игрока.

Соревнования состоят из военно-спортивных состязаний (преодоление полосы препятствий и стрельба из штатного оружия), выполнения нормативов по специальной подготовке (розыск и вынос «раненого» и оказание ему первой помощи) и вождения специальной техники.

Сразу после церемонии открытия в рамках конкурса прошла военизированная и военно-медицинская эстафеты с участниками военно-патриотического движения «Юнармия».

В дни конкурса в полевом лагере ВМА им. С.М.Кирова будет работать консультационный пункт, в котором родители и будущие абитуриенты смогут ознакомиться с условиями поступления и обучения в академии.

Пресс-служба Западного военного округа, 31 июля 2017 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12135738@egNews

В *Военно-медицинском музее* в **Санкт-Петербурге** открылась выставка «**У Волги в огне и пожарах Победу ковал Сталинград**». В год 75-летия Сталинградской битвы экспозиция музея обращает внимание посетителей на вклад, который внесли военно-медицинские специалисты в победу на Волге.

Материалы музейной фототеки рассказывают об особенностях битвы за Сталинград, оказании медицинской помощи воинам на поле боя и в лечебно-профилактических учреждениях, а также о судьбах отдельных медработников.

Особый интерес представляют листовки, призывающие сталинградцев окружить заботой детей города и помочь воинам всеми возможными средствами: донорской кровью, продуктами, теплыми вещами, а также о медицинской помощи немецким военнопленным и их жизни в плену.

Подлинные медицинские отчеты о лечебно-эвакуационном обеспечении Сталинграда, рисунки художников фронтовых бригад Военно-медицинского музея К.И.Финогенова и В.А.Смерединского, посвященные работе медицинских специалистов, позволят посетителям выставки оценить их труд во время Сталинградской битвы.

Департамент информации и массовых коммуникаций

Министерства обороны Российской Федерации, 7 июля 2017 г.

http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12132430@egNews