

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение проблемы нарушений пищевого поведения обусловлено их медико-социальной значимостью, широкой распространенностью и ростом числа лиц с нарушением пищевого поведения (1111), следствием чего является возникновение многочисленных алиментарно-зависимых заболеваний. Таких как ожирение, болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др. Причем, отмечаются большие сложности в изменении сформированного пищевого поведения даже лицами с тяжелыми заболеваниями, несмотря на интенсивное обучение их коррекции питания и даже непосредственную угрозу жизни при невыполнении требований.

Нами разрабатываются лечебно-реабилитационные программы с учетом выявленных отличий в пищевом поведении, психологических особенностей телутов, лекционный курс о рациональном питании и его роль в сохранении и укреплении здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция // Ожирение-этиология, патогенез, клинические аспекты. Руководство для врачей / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: Миа, 2004. — С. 234—271.
2. Смулевич А. Б. Депрессия при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.
3. Хвостова О. И., Лобыкина Е. Н. // Рац. Предложение. — 2005. — № 284. — Новокузнецк, НГИУВ.
4. Zung W., Durham N.C. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1965. — Vol. 12. — P. 63—70.

Контактная информация

Хвостова Ольга Ивановна — к. м. н., доцент кафедры психотерапии Новокузнецкого ГИУВ, e-mail: Olga997006@rambler.ru

АНАЛИЗ МНЕНИЯ ЖЕНЩИН О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ

Н. В. Полунина, Ю. Э. Доброхотова, С. Ж. Данелян, Э. М. Джобава, Т. К. Гогичаев

*Российский национальный исследовательский университет им. Н. И. Пирогова,
Родильный дом № 18, Москва*

В статье на основании анонимного анкетирования родивших женщин дан анализ качества оказания акушерской помощи в женской консультации и родильном доме. Отмечено, что изменение медико-социального портрета пациенток акушерского стационара приводит к большей требовательности по предоставлению медицинских услуг и качеству их оказания. Большое внимание уделяется этическим проблемам деятельности медицинского персонала. Систематические опросы женщин являются условием совершенствования медицинской помощи на всех этапах, в том числе в женской консультации и всех подразделениях родильного дома.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, медико-социальный портрет современных беременных и родильниц.

WOMEN'S REPORT ABOUT OBSTETRIC CARE QUALITY

N. V. Polunina, J. E. Dobrohotova, S. Zh. Danelyan, E. M. Djobava, T. K. Gogichaev

On the basis of anonymous questioning of postpartum women an analysis of the quality of obstetric care in a maternity welfare centre and hospital was performed. Changes in medical and social profile of patients result in their greater insistence on higher standards of obstetric care. Greater attention is paid to ethical issues of personnel behavior.

Key words: the quality of medical care, social characteristics of pregnant women.

Важнейшим условием оказания качественной медицинской и, в особенности, акушерской помощи является не только определение потребности пациенток в различных видах медицинских услуг, но и, самое главное, удовлетворенность предоставленными услугами. Удовлетворенность женщин, независимо от их медико-социального статуса, выражается в получении высококачественной медицинской помощи, которая направлена на сохранение и улучшение состояния их здоровья. При этом, нередко, население не в состоянии в полном объеме определить, в чем состоит качество полученных ими медицинских услуг [5, 6]. В связи с этим необ-

ходимо проводить объективную оценку качества предоставляемой медицинской помощи.

В настоящее время политическая, социальная и экономическая ситуация в стране находятся в процессе активных изменений. К сожалению, нынешний уровень развития акушерства все еще не может обеспечить результатов, ожидаемых обществом, однако родовспоможение стало излюбленной темой для обсуждения и критики. Телепередачи, публикации в газетах и виртуальной сети в ряде случаев дают отрицательную оценку профессионализма врачей, в том числе акушеров-гинекологов, нередко искажая реальную

ситуацию в здравоохранении. Это у обычных граждан формирует негативное отношение к врачам женских консультаций и родильных домов, так как в средствах массовой информации чаще имеет место негативная информация о неудовлетворительных исходах беременности и родов [2, 4] в ущерб позитивным изменениям и высокой оценке полученной медицинской помощи как со стороны акушеров-гинекологов, так и со стороны педиатров родильных домов.

В целом анализ данных массовых социологических опросов населения убедительно продемонстрировал, что практически каждый второй житель нашей страны не удовлетворен амбулаторной (50,9 %) и стационарной (57,7 %) помощью [1, 3].

Нередко, даже при добросовестном исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей и объективно достаточным уровнем оказания медицинской помощи имеет место неудовлетворенность, обусловленная, прежде всего, недостаточным вниманием персонала к пациентам, неумением вести беседу с пациентами и убеждать их в необходимости выполнять назначенные рекомендации.

Следует учитывать, что качество медицинской помощи, в особенности акушерской, трудно измерить и объективно оценить. Большая часть медицинских услуг в акушерстве индивидуализированы, их нельзя отнести к разряду стандартных, поэтому их оценка требует определенного подхода и разработки специальных показателей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработать мероприятия по повышению уровня удовлетворенности женщин уровнем оказания акушерской помощи.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе клинического родильного дома № 18 Москвы. При проведе-

нии исследования были проанализированы 402 истории родов пациенток, родивших в родильном доме № 18 Москвы в 2001 и в 2011 гг., проведен анонимный опрос 284 женщин после родов по разработанной нами анкете о степени их удовлетворенности медицинской помощью.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования показали, что средний возраст родильниц за прошедшие 10 лет достоверно ($p < 0,05$) увеличился на 2,8 года [в 2001 г. ($25,5 \pm 0,9$) лет и в 2011 г. — ($28,2 \pm 0,7$) лет]. Кроме того, отмечено сокращение удельного веса пациенток в возрасте от 20 до 25 лет (38,2 % в 2001 г. и 29,9 % в 2011 г.) и увеличение удельного веса женщин в возрасте от 26 до 35 лет (37,8 % в 2001 г. и 47,1 % в 2011 г.). Обращает на себя внимание весьма существенный рост беременных пациенток старше 35 лет (соответственно 10,3 % в 2001 г. и 13,5 % в 2011 г.).

Благоприятным моментом является снижение доли юных беременных с 14,3 % в 2001 году до 9,5 % в 2011 г. (рис. 1).

Результаты нашего исследования согласуются с имеющимися литературными данными [1, 2]. Так, одной из основных особенностей репродуктивного процесса в современной России является «постарение» беременных женщин. Рост числа деторождений в последние годы обеспечивается женщинами более старшего возраста [1, 2].

По данным Вартапетовой Н. В., в целом возрастной коэффициент рождаемости (ВКР), например, в 2009 г. по сравнению с 1990 г. увеличился среди всех возрастных групп женщин старше 25 лет, причем в наибольшей степени в возрастной группе 35—39 лет (на 43,3 %) [1, 2]. В то же время среди женщин моло-

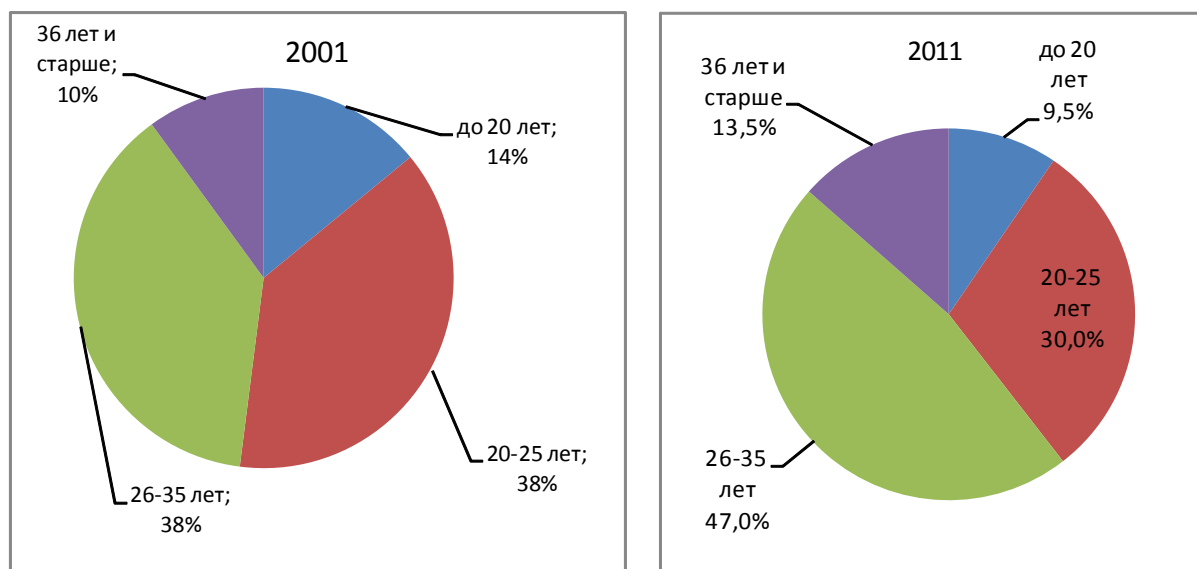


Рис. 1. Сравнительный анализ распределения по возрасту пациенток родильных домов за 2001 и 2011 гг.

дого возраста, число детей, родившихся в течение года, в наибольшей степени сократилось у 18—19-летних женщин: в целом за 10 лет с 1990 г. по 2009 г. на 54,5 %. В дальнейшем следует ожидать повышения частоты родов у женщин в возрасте 35 лет и старше за счет своевременной диагностики патологии в пренатальном периоде и успешного лечения бесплодия, невынашивания беременности. Кроме того, это значительная часть женщин планирует деторождения в более позднем возрасте, поскольку желание иметь ребенка у некоторых женщин появляется только после достижения определенного материального благополучия [4, 6].

Количество первородящих старших возрастных групп растет из года в год не только в России, но и во всех экономически развитых странах, что связано с увеличением профессиональной роли женщины в обществе. Предиктором социального статуса является уровень образования.

На основании проведенного исследования было выяснено изменение социального статуса пациенток за последние 10 лет. Женщины с высшим образованием в 2001 г. составляли 22,8 % от всех поступивших, а в 2011 г. их доля увеличилась в 2 раза, составив 54,7 %. Среднее специальное и незаконченное высшее образование в 2001 г. имели 59,4 % пациенток, а в 2011 г. — 28,8 %. При этом удельный вес женщин со средним образованием стабилен и колеблется от 17,8 % в 2001 г. до 16,5 % в 2011 г. (рис. 2).

Социальное положение пациенток распределилось следующим образом: в 2001 году преобладали домохозяйки (в 52,8 % случаев), при этом работающих женщин было 48,2 %. В 2011 году стали преобладать работающие женщины (50,8 % случаев), тогда как доля домохозяек сократилась до 49,8 %.

Проведенный нами анализ продемонстрировал, что за последние 10 лет паритет родов значительно не изменился: в 2001 г. первородящие занимали 57 %, повтороящие 43 %; в 2011 г. данные показатели составили соответственно 58 % и 42 %.

У большинства пациенток был отягощен акушерско-гинекологический анамнез, как в 2001 г. (58,8 %), так и в 2011 г. (59,8 %). Однако, если в 2001 г. это было связано с преобладанием медицинских аборт (39 %), то в 2011 г. имеет место преобладание самопроизвольных выкидышей (14,3 %) и неразвивающихся беременностей (12,4 %).

Полученные результаты показали, что, в настоящее время госпитализация в родильный дом в 69,4 % случаев осуществляется по направлению врачей женской консультации с учетом места жительства или места работы. Лишь в 23,3 % случаев выбор стационара определяется желанием женщины получить медицинскую помощь у определенного врача.

Анонимное анкетирование женщин в послеродовом отделении отметили, что в подавляющем большинстве случаев врачи акушеры-гинекологи женской консультации, в которой они наблюдались, имели достаточный уровень квалификации и соответствовали занимаемой должности (82,2 % респондентов). Почти каждая пятая пациентка считала, что врач женской консультации ее госпитализировал необоснованно, однако в 85 % случаев это было обусловлено объективной необходимостью. Это лишний раз подчеркивает, что для женщин большое значение имеет разъяснительная работа, которую должен проводить участковый акушер-гинеколог.

В родильном доме уровень квалификации врачей акушеров-гинекологов был оценен ими как высокий в 98,9 % случаях. Уровень квалификации среднего мед-

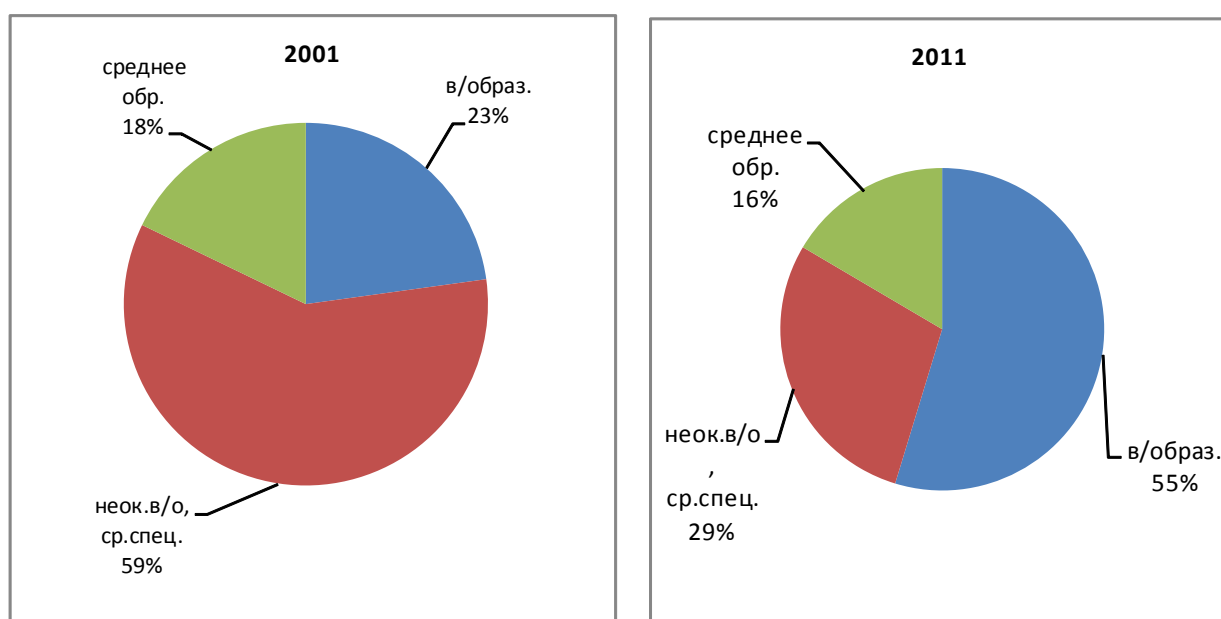


Рис. 2. Сравнительная структура уровня образования среди пациенток родильных домов в 2001 и 2011 гг.

персонала был оценен как соответствующий своим профессиональным обязанностям 94,5 % пациенток.

Опрос пациентов выявил, что претензии опрошенных в основном касались работы приемного отделения и организации работы отделения новорожденных детей.

Основной причиной неудовлетворительной оценки работы приемного отделения родильного дома женщины назвали длительное время пребывания в данном подразделении. При этом из 100 обследованных женщин 13—14 отметили длительное время ожидания оказания медицинской помощи (более 1 часа), 12—13 длительное время на оформление медицинской документации, 11—12 женщин долго ждали осмотр специалиста, 10—11 женщин — проведение УЗИ.

В среднем на одну женщину среди высказавших причины неудовлетворенности медицинской помощью приходится 2—3 фактора, из которых два фактора являются управляемыми и могут быть устранены.

В качестве основной причины неудовлетворенности медицинским персоналом отделения новорожденных детей большинство пациенток (23—24 женщины из 100 опрошенных) отметили, что у детских врачей не хватает времени выслушать их и дать разъяснение по возникающим вопросам различных вопросов, касающихся ребенка, его состояния здоровья, особенностей ухода за ним, особенно в домашних условиях.

Практически каждая пятая (23,3 %) пациентка считала, что врачи акушеры-гинекологи недостаточно информируют их о том, каковы последствия возникшего во время беременности осложнения, какие препараты используются для лечения, какие могут быть последствия проводимого лечения и др.

Обращает на себя внимание, 15,6 % женщин указали на нарушение правил этики и деонтологии в работе среднего и младшего персонала приемного отделения родильного дома, отделения новорожденных. Однако жалоб по поводу неуважительного или грубого отношения со стороны врачебного персонала во всех подразделениях выявлено не было.

Степень удовлетворенности женщин акушерской помощью во многом зависит от силы болевых ощущений во время родов. Использование перидуральной анестезии и различных немедикаментозных методов обезболивания родов, с одной стороны, способствует росту частоты родов без боли. Это, в свою очередь, привело к тому, что 97,2 % женщин высоко оценили качество работы родильного отделения и отделения анестезиологии и реанимации.

Недостатки в организации оказания акушерско-гинекологической помощи в лечебном учреждении опрошенные женщины связывали: с большим количеством пациенток на одного врача и соответственно недостатком времени у медицинского персонала на каждую женщину (в 28 %), в 16 % случаев это было ассоциировано с неудовлетворительным материальным обеспечением медицинского персонала (низкая заработная плата, отсутствие социальных гарантий и др.).

Недоверие к врачам всех специальностей выражали 8,9 % пациенток, негативное отношение к медицине и родовспоможению в стране — 18,9 % респондентов. При этом 15,5 % из них указали, что оно было сформировано в результате «печального» опыта общения с медицинским персоналом самих опрошенных и их знакомых, а 3,4 % пациенток отметили, что это произошло в результате сведений, полученных из средств массовой информации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что медико-социальный портрет беременных за 10 лет претерпел значительные изменения: пациенты в родовспоможении стали старше, преимущественно имеют высшее образование и определенный социальный статус, позволяющий им иметь собственное мнение и представление, каким образом должна осуществляться им медицинская помощь при родовспоможении. Возросшая социальная активность уничтожила идеалистическое отношение к врачу как к безусловному авторитету.

Учитывая, что здоровье женщин репродуктивного возраста значительно не ухудшилось и отсутствует преобладание у пациенток какого-либо особенного тяготенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, объяснить неблагоприятные результаты и неудовлетворенность пациенток только индивидуальными особенностями нельзя. Должная медицинская помощь основывается на оценке ситуации, в которой оказалась пациентка и мнении специалиста. Это мнение основано на общей и специальной подготовке врача и его опыте. При удовлетворительном результате пациентка чувствует, что ее потребности приняты во внимание и ей оказана лучшая, в данной ситуации, медицинская помощь.

Наряду с административными и обучающими мероприятиями важнейшее значение приобретает изменение внутренней обстановки и атмосферы в медицинских учреждениях, которая будет способствовать удовлетворенности пациента и определять качество оказанных услуг.

Любая функциональная модель по улучшению качества медицинской помощи является неполноценной, если она не учитывает мнение пациента об оказанных услугах. Поэтому, помимо медицинских показателей, необходимо анализировать субъективное восприятие женщинами своего опыта обращения в медицинские учреждения. Удовлетворенность пациенток оказанной помощью является надежным критерием улучшения качества работы акушерского стационара.

Полученные результаты исследования свидетельствуют, что проведение анонимного анкетирования позволяют руководителям подразделений нивелировать негативные и усиливать позитивные тенденции, и тем самым, способствовать повышению уровня удовлетворенности пациенток акушерской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вартапетова Н. В. Пособие по оценке качества перинатальной помощи в учреждениях родовспоможения, готовности к оказанию экстренной помощи, практических навыков специалистов. — М., 2009. — С. 37.
2. Вартапетова Н. В. // Врач и информационные технологии. — 2010. — № 5. — С. 27—32.
3. Каткова Н. Н. Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической помощи в Челябинском и Копейском городских округах // Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: мат. 3-й междунар. науч.- практ. конф. — Пенза, 2006. — С. 90—92.
4. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. — М., 2011. — С. 3—5.
5. Светличная Т. Г., Цыганова О. А. // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. — 2011 (9). — № 1. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/262/30/>.
6. Система управления качеством медицинского обслуживания в больницах Европейского Союза // Здравоохранение за рубежом. — 2007. — № 2 (август). — С. 49—52.

Контактная информация

Полунина Наталья Валентиновна — д. м. н., профессор, член-корреспондент РАМН, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, проректор РГМУ по стандартизации и качеству образования, e-mail: rsmu@rsmu.ru

УДК 612.213-07

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕТОДИК БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ КРИТЕРИЕВ

А. Н. Долецкий, И. К. Исмаил-заде

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра нормальной физиологии*

Исследовалась возможность применения универсального алгоритма оценки эффективности адаптивного биоуправления на примере показателей биоэлектрической активности головного мозга, вегетативного тонуса и церебральной гемодинамики. Установлено, что учитывающая длительность отклонения регулируемого показателя от исходных значений характеристика позволяет стандартизировать оценку эффективности биоуправления с использованием различных физиологических показателей. Наиболее обоснованной является статистическая оценка выраженности отклонений, учитывающая среднеарифметические значения и среднеквадратическое отклонение (вариабельность) регулируемого показателя перед началом тренировок с биологической обратной связью. Обучение навыку дыхательного контроля позволяет наиболее эффективно модифицировать управляемые параметры при тренинге с биологической обратной связью.

Ключевые слова: адаптивное биоуправление, индивидуализированный подход.

COMPARISON OF BIOFEEDBACK METHODS WITH STANDARDIZED CRITERIA

A. N. Doletskiy, I. K. Ismail-zade

The possibility of a universal biofeedback algorithm effectiveness was evaluated. It was established that a variable rate of deviation from baseline characteristic allows a standardization evaluation of the biofeedback effectiveness. The most reasonable statistical estimate of the severity of deviations is a system taking into account mean values and standard deviation (variability) controlled rate before training with biofeedback. The development of respiratory control skills permits an effective modification of adjustable parameters in training with biofeedback.

Key words: adaptive biofeedback, neurofeedback, individualized criteria.

Основным условием для успешного применения адаптивного биоуправления с биологической обратной связью (БОС) является выбор адекватных критериев управления [9, 10]. Однако работы, использующие БОС, весьма неоднородны в методах оценки эффективности саморегуляции, что затрудняет оценку успешности БОС и потенциально способно приводить к искажению результатов (ошибочному повышению или понижению оценки эффективности тренинга) [6, 11].

Известно, что информационный аспект взаимодействия человек-машина в процессе сеансов БОС-тренинга обусловлен тем, что количество информации, объективно характеризующее динамику регулируемых процессов, может превышать пропускную способность оператора [3]. Для преодоления этой трудности методы предъявления информации об эффективности БОС-тренинга должны удовлетворять следующим требованиям: