

На правах рукописи

ТИХОНОВ МИХАИЛ ЮРЬЕВИЧ

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

14.02.03. – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва, 2016

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель

Васильева Татьяна Павловна – доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Фролова Ольга Григорьевна доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела медико-социальных исследований ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Акад. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Позднякова Марина Александровна доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой профилактической медицины ФПКВ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «21» октября 2016 г. в 14-00 на заседании диссертационного совета Д 212.203.35 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, корп. 2)

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (Научная библиотека) Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6)

Диссертация и автореферат размещен на сайте <http://dissovet.rudn.ru/>

Автореферат разослан «___» _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 212.203.35,
кандидат медицинских наук, доцент

Л.В. Пушко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования определяется тем, что в современных условиях остается неблагоприятной репродуктивно-демографическая ситуация в стране. Это происходит за счет сохранения низкого уровня рождаемости и высокого уровня смертности.

Ситуация обостряется также тем, что среди беременных женщин повышается число выполняющих репродуктивную функцию на фоне позднего репродуктивного возраста, высокого риска перинатальной и материнской смертности, сочетания значительного числа факторов риска перинатальной и материнской смертности, числа угрожаемой акушерской и перинатальной патологии (Занько С. Н., Шилова С. Д., 2007, Башмакова Н. В., Зильбер Н. А., 2008, Филиппова Т. Ю., Катасонова З. А., 2010, Архангельский В. Н., 2012, Вишневский А. Г., 2012, Стародубов В. И., Суханова Л. П., 2012, Рамазанова С. С., Сазонова Е. О., 2014, Сергейко И. И., 2014, и др.).

В исследованиях, посвященных анализу качества медицинского наблюдения беременных, проблем материнской и перинатальной смертности, отмечается значительное число дефектов акушерской помощи (Лебеденко Е. Ю., 2010, Айламазян Э. К., Евсюкова И. И., 2011, Костин И. Н., 2012, Кукарская И. И., 2012, Растегаева И. Н., 2013, и др.), которые в значительной части случаев обусловлены причинами, «связанными с беременной женщиной» (Мальшкина А. И. с соавт., 2012). Однако работы по изучению влияния характеристик беременных на качество и результативность перинатальных услуг (Алексеева Л. Л. с соавт., 2008, Алексеева Е. Г., 2011, Котлова В. Б. с соавт., 2014, Перфилова В. Н. с соавт., 2014) единичны и не раскрывают проблемы медицинской информированности беременных. Эта же ситуация отмечена по отношению к такой важной характеристике, как приверженность беременных проводимому лечению и профилактике, которая в последние годы привлекает внимание исследователей в связи с возможностью повышения

качества оказываемой пациенту медицинской помощи (Кытманова Л. Ю. с соавт., 2014).

В работах по изучению удовлетворенности беременных оказанной акушерской и перинатальной помощью (Чумаков А. С., 2009, Трофимов В. В. с соавт., 2011, и др.) не определялась структура и частота причин ее снижения, «связанных с беременной», в том числе с ее медицинской информированностью.

Для улучшения исходного состояния пациента предложены различные организационные формы работы (Кучеренко В. З. с соавт., 2008, Лактионова Л. В., 2013, и др.). Отмечена возможность улучшения медицинской информированности пациента за счет целенаправленного обучения. Решение данных вопросов у беременных касалось, главным образом, развития организационных форм обучения на групповом уровне в рамках школ психофизиоподготовки, школ материнства (Денисов И. Н. с соавт., 2004, Степанова О. В. с соавт., 2008, и др.). При этом установлено, что снижение эффективности данных форм обучения определено отказом части женщин от их использования из-за отвлечения от семьи, отсутствием возможности использовать информацию дома, обучать других членов семьи (Васильева Т. П. с соавт., 2001, Малышкина А. И. с соавт., 2011).

Вопросы получения информации беременными в семье, получения однотипной информации одновременно всеми беременными территории не решены, не определена форма документа, представляющего информацию беременной, не определены организационные структуры, которые должны участвовать на уровне территории в информировании беременных, не предложены критерии оценки эффективности информирования беременных на уровне территории.

Кроме того, отсутствовал целенаправленный подход к определению объема информации, необходимой беременной, для изменения тех характеристик, у которых установлено достоверное влияние на качество оказываемой медицинской помощи, на удовлетворенность беременных

акушерской помощью и на их приверженность перинатальной профилактике. Наличие данной информации может обеспечить разработку новых медико-организационных предложений для органов здравоохранения по повышению качества акушерско-гинекологической помощи за счет улучшения участия беременных женщин, что определило актуальность темы и задач исследования.

Целью настоящего исследования явилось научное обоснование, разработка, апробация и оценка эффективности системы популяционного медико-социально-правового информирования беременных.

Задачами исследования определено:

1. Определить проблемы повышения готовности беременных к участию в повышении качества акушерской помощи.

2. Разработать методику оценки информированности беременных и стандарт их готовности к получению акушерской помощи с позиций обеспечения ее качества, определить степень соответствия стандарту фактической информированности, приоритетные направления ее повышения.

3. Доказать необходимость повышения медико-социально-правовой информированности беременных на основе определения влияния на медицинскую и социальную эффективность акушерской помощи, приверженность беременных перинатальной профилактике.

4. Научно обосновать, разработать, апробировать и оценить эффективность системы медико-социально-правового информирования беременных, включающей отраслевые и неотраслевые организационные структуры, алгоритм их взаимодействия с беременной, новые формы документации и стандарт готовности беременной, способствующие повышению качества акушерской помощи на уровне субъекта РФ.

Работа выполнена в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава РФ по плану научно-исследовательских работ (протокол заседания Ученого Совета ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава РФ №7 от 30.11.2012

г., номер гос. регистрации 01201353516).

Научная новизна полученных результатов определяется тем, что установлены проблемы повышения готовности беременных к участию в повышении качества акушерской помощи за счет наличия потребности в информировании и отсутствия мотивации к ее повышению у значительной части беременных; разработана новая авторская методика оценки информированности беременных по ее характеристикам, имеющим достоверное влияние на повышение качества акушерской помощи, и стандарт готовности (пациентограмма) беременных, обеспечивающий повышение качества акушерской помощи; определены приоритетные направления коррекции информированности беременных по вкладу ее характеристик в снижение соответствия стандарту; доказана необходимость повышения медико-социально-правовой информированности беременных за счет установленного достоверного влияния на повышение медицинской и социальной эффективности акушерской помощи, приверженность беременных перинатальной профилактике; разработаны авторский методический подход повышения информированности беременных и на его основе новая организационная технология – «система медико-социально-правового информирования беременных субъекта РФ», обеспечивающая формирование тех характеристик, при наличии которых достоверно выше качество акушерской помощи, приверженности беременных перинатальной профилактике и удовлетворенность ее качеством; установлено достоверное достижение эффективности разработанной системы информирования беременных, начиная с третьего года внедрения, при этом повышение информированности сопровождается достоверным повышением зависимых от нее приверженности беременных перинатальной профилактике и удовлетворенности ее качеством, а также снижением частоты дефектов от причин, «связанных с беременной» и перинатальной смертности.

Практическая значимость исследования определяется тем, что на основе нового авторского методического подхода получена и представлена

органам здравоохранения территории информация о необходимом объеме информирования беременных, обеспечивающем повышение их приверженности перинатальной профилактике, удовлетворенности ее качеством, снижение частоты дефектов перинатальной профилактики от причин, «связанных с беременной». Представлена необходимая для эффективной работы с беременными информация о таких важных взаимосвязанных характеристиках, как приверженность перинатальной профилактике, удовлетворенность ее качеством и медицинская информированность, стандарт готовности (пациентограмма) беременных, обеспечивающий высокое качество акушерской помощи. Разработаны новые формы документации – «Карта приверженности беременных перинатальной профилактике», «Лист самоконтроля», «Карта информированности», «Карта удовлетворенности помощью», «Диспансерная книжка беременных», практическое использование которых обосновало разработку и внедрение территориальных мониторингов медицинской информированности, удовлетворенности и приверженности беременных перинатальной профилактике, обеспечивших органам здравоохранения улучшение оперативного управления работой с беременными территории. Доказанный факт достоверного влияния ряда характеристик медико-социально-правовой информированности беременных на повышение качества акушерской помощи позволил разработать эффективную малозатратную инновационную технологию – систему медико-социально-правового информирования беременных субъекта РФ, которая практически стала за десять лет ее использования частью работы практического здравоохранения с беременными женщинами. Разработана и внедрена типовая форма Приказа органа здравоохранения территории по внедрению разработанной системы.

Внедрение результатов исследования. 1. Информационно-методическое письмо «Социально-гигиенические методики изучения системных показателей качества дородовой перинатальной профилактики в системе «врач–беременная» (Иваново, 2010). 2. Информационное письмо Департамента здравоохранения Ивановской области «Потребительский

ресурс качества медицинских услуг по профилактике перинатальной и акушерской патологии, оказываемых беременным женщинам» (Иваново, 2012 г). 3. Приказ Департамента здравоохранения Ивановской области № 144 от 01.08. 2007 г. «О внедрении системы медико-социально-правового информирования беременных в Ивановской области» и Приказ Департамента здравоохранения Ивановской области № 138 от 2. 12. 2010 г. «О внесении изменений в приказ № 144 от 1.08.2007 г. «О внедрении системы медико-социально-правового информирования беременных в Ивановской области». 4. Предложенная методика оценки потребительского ресурса перинатальных услуг используется в учебном процессе на кафедре профилактической медицины Нижегородской медицинской академии.

Апробация результатов исследования. Результаты работы доложены на конференциях и совещаниях: Межрегиональная научно-практическая конференция «Молодая семья: здоровье и репродукция, медико-социально-правовая поддержка» (Ярославль, 2009), Всероссийская научно-практическая конференция «Общественное здоровье и здравоохранение XXI века» (Москва, 2012), Всероссийская конференция с международным участием, посвященная 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения (Москва, 2014), Всероссийская конференция с международным участием «Роль общественного здоровья в развитии здравоохранения» (Москва, НИИ общественного здоровья, 2014, 2015). Опубликовано 11 работ, в т.ч. 6 - в изданиях перечня ВАК.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Доказательство медико-социального значения повышения медицинской информированности беременных – установленное в исследовании достоверное влияние ее на улучшение качества акушерской помощи, приверженности беременной перинатальной профилактике и удовлетворенности ее качеством.

2. Методический подход определения необходимого беременной объема медико-социально-правового информирования, ориентированный на изменение тех характеристик беременных, по которым доказано достоверное влияние на повышение качества акушерской помощи, приверженность беременных перинатальной профилактике и удовлетворенность ее качеством.
3. Стандарт готовности (пациентограмма) беременной, включающий характеристики медицинской информированности, обеспечивающие повышение качества акушерской помощи.
4. Организационная технология – система медико-социально-правового информирования беременных на уровне субъекта РФ, включающая отраслевые и внеотраслевые организационные структуры, новые формы документации и стандарт готовности беременной (пациентограмма) к получению перинатальных услуг высокого качества, территориальные мониторинги медицинской информированности, приверженности беременных перинатальной профилактике и удовлетворенности ее качеством, обеспечивающая достижение медицинской и социальной эффективности акушерской помощи.

Структура и объем работы. Диссертация выполнена на 196 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения. Текст иллюстрирован 26 таблицами, 26 рисунками, 12 схемами. Указатель литературы включает 372 первоисточника, в том числе 273 отечественных и 98 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, указаны цель и задачи, научная новизна, научно-практическая значимость исследования, основные положения, выносимые на защиту.

В главе 1 на основе анализа исследований по проблеме показано, что роль беременных рассматривалась, главным образом, с позиций участия во вневедомственной системе контроля качества медицинской помощи

(жалобы), а роль характеристик медицинской информированности беременной в обеспечении качества перинатальных услуг, приверженности перинатальной профилактике и удовлетворенности ее качеством оказалась практически не изученной. В то время как получение этой новой теоретической информации, особенно на популяционном уровне, могло явиться научным обоснованием путей повышения медицинской и социальной эффективности акушерской помощи.

В главе 2 представлены методология и методики исследования. Методологической основой исследования явился системный подход, позволяющий рассматривать беременных как важную часть системы обеспечения качества акушерской помощи. В этой связи имеет значение изучение характеристик беременных с позиций принадлежности их к факторам риска снижения качества этой помощи. **Объектом исследования** явились беременные женщины, состоящие на диспансерном учете в женской консультации. **Предметом исследования** определены медико-социально-правовая информированность беременных, характеристики информированности, взаимосвязь характеристик образа жизни, здоровья, психологического статуса, культуры, приверженности перинатальной профилактике, удовлетворенности качеством акушерской помощи, качества и результативности акушерской помощи с характеристиками информированности, система медико-социально-правового информирования беременных на уровне субъекта РФ. **Единицами наблюдения** на разных этапах исследования явились: беременная женщина, перинатальная услуга, учреждение родовспоможения. **Объем выборочной** совокупности на каждом этапе исследования определялся с использованием общеизвестных формул расчета необходимого числа наблюдений. Сбор информации осуществлен комплексом современных методов (контент-анализ, социологический, психометрический, клинический, экспертный, организационный эксперимент) и методик (методика определения биологического возраста, методика экспертизы качества медицинской услуги, дифференцированная по

свойствам качества, методика количественной оценки удовлетворенности пациента по компонентам удовлетворенности и категориям ее снижения, модифицированная применительно к беременным, в том числе разработанных в данном исследовании авторской методики оценки медицинской информированности беременных и авторской методики оценки приверженности беременной перинатальной профилактике). Общий объем использованных источников информации – 42 085, в том числе 372 источника отечественной и зарубежной литературы, 2975 анкет удовлетворенности акушерской помощью, 2975 анкет медицинской информированности, 1995 листов самоконтроля, 456 анкет образа жизни, культуры, социального статуса, здоровья, течения беременности, 456 тест-карт приверженности перинатальной профилактике, 456 тест-карт типа темперамента, 456 тест-карт тактики выхода из конфликта, 456 тест-карт коммуникабельности, 456 тест-карт эмпатии, 456 тест-карт типа личности, 456 тест-карт мотивации к успеху, 456 тест-карт ценностных ориентаций, 456 экспертных карт качества акушерской помощи по свойствам качества, 456 матриц оценки потенциала беременных, 28 752 электронные «Карты беременной и качества наблюдения» из автоматизированной программы «Мониторинг здоровья и качества медицинского наблюдения беременных и женщин, завершивших беременность». Базой исследования на разных этапах явились учреждения родовспоможения Ивановской, Ярославской, Московской, Костромской областей. **На первом этапе** изучены сплошным методом беременные субъекта РФ (на примере Ивановской области) на момент начала исследования (2007–2008 гг.), состоящие на учете в женских консультациях области и наблюдающиеся в автоматизированном «Мониторинге здоровья и качества медицинского наблюдения беременных и женщин, завершивших беременность» (разработан ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава РФ, внедрен с 1994 г.) (*далее* – Мониторинг) мониторинговым методом и методом социологического опроса, выборочным методом с использованием социологического опроса по «Анкете социально-гигиенического исследования

образа жизни, культуры, здоровья, социального статуса и условий жизни беременных», психометрическим методом по психологическим тестам, экспертным методом о приверженности перинатальной профилактике. **На втором этапе** разработана методика комплексной оценки характеристик медицинской информированности беременной с позиций улучшения качества акушерской помощи, включая стандарт готовности (пациентограмма) беременных к перинатальной профилактике, и с использованием ее определены состояние медицинской информированности и направления его снижения. **На третьем этапе** получены доказательства необходимости улучшения медицинской информированности беременных на основе анализа медицинской и социальной эффективности акушерской помощи. Медицинская эффективность акушерской помощи оценивалась по повышению частоты исследуемых услуг высокого качества, числа бездефектных исследуемых услуг, снижению числа дефектов перинатальной профилактики, повышению соответствия стандарту поведенческих, медико-биологических и культурных характеристик, имеющих достоверное влияние на качество акушерской помощи, и по повышению приверженности беременных перинатальной профилактике. Социальная эффективность оценивалась по повышению удовлетворенности беременных качеством исследуемых услуг. **На четвертом этапе** дано научное обоснование, разработана и апробирована в условиях многолетнего организационного эксперимента система популяционного медико-социально-правового информирования беременных, дана оценка ее эффективности. Для оценки итогов эксперимента изучены сплошным методом наблюдения беременные, наблюдавшиеся в Мониторинге за 2007–2008 гг. (начало организационного эксперимента), за 2010–2011 гг. (конец апробации) и за 2013–2014 гг. (окончание эксперимента, переход в режим внедрения). Для оценки эффективности апробации предложенной системы использован комплекс популяционных показателей, рассчитанных по методикам, разработанным в исследовании, определена достоверность их различий в динамике

эксперимента по методике определения критерия t , определения доверительных интервалов и относительных рисков.

В главе 3 дан анализ проблем, препятствующих повышению готовности беременных к участию в обеспечении качества акушерской помощи на территориальном уровне. Установлено, что знание порядка оказания медицинской помощи в территории в 837,2 сл. на 1000 опр., однако правильно отмечены медицинские учреждения, оказывающие профилактические услуги, только в 267,3 сл. на 1000 опр.. Число беременных, имевших высокое знание прав пациента, составило 63,26 сл. на 1000 опр.. Правильно отмечены принципы здорового образа жизни только в 382,0 сл. на 1000 опр. Подтверждением низкой профилактической готовности женщин к началу беременности также является выявленное отсутствие или низкий уровень знания причин хронизации заболеваний и причин обострения хронических заболеваний (в 689,9 сл. на 1000 опр.), низкое знание (меньше 70% из предложенного перечня) профилактических умений (в 510,3 сл. на 1000 опр.). В отношении перинатальной профилактики выявлено, что в 569,3 сл. на 1000 опр. имелось знание порядка оказания акушерско-гинекологической помощи в территории, однако о регионализации акушерских стационаров знала только каждая третья женщина. Подтверждением низкой готовности женщин к перинатальной профилактике является также отсутствие знания тревожных и ранних симптомов осложнений беременности и умения определять артериальное давление (у каждой второй), наличие знаний по определению прибавки массы тела и отеков у беременной (у каждой десятой), двигательную активность плода (у каждой двадцатой). Обращает на себя внимание тот факт, что отсутствовали не только теоретические знания о течении беременности у значительной части беременных, но и знания о наличии у себя неблагоприятных факторов. Так, отсутствие знания имеющейся угрожаемой акушерской и перинатальной патологии выявлено в 347,6 сл. на 1000 опр., показаний для родоразрешения в акушерском стационаре высокого риска – в 83,6 сл. на 1000 опр., имеющих

эти факторы. К проблемам повышения готовности беременных к участию в обеспечении качества акушерской помощи необходимо отнести также наличие, по данным психологического тестирования, у значительной части женщин потенциальной конфликтности (у каждой второй), противоборства при выполнении рекомендаций врача (у каждой третьей). Проблемным моментом является также снижение приверженности проводимой перинатальной профилактике (рис. 1).

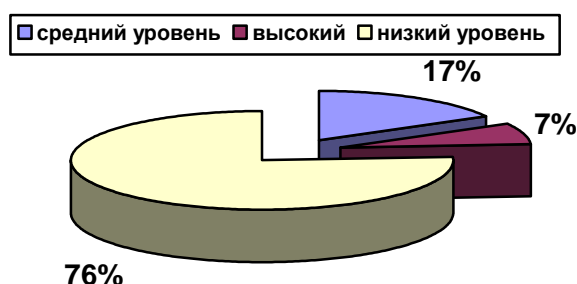


Рис. 1. Распределение беременных по уровню приверженности перинатальной профилактике.

Причем снижение приверженности отмечено по всем ее компонентам, особенно часто за счет отсутствия самоконтроля за здоровьем (у 83,1%) и постоянства самоотказа от поведенческих факторов риска перинатальной и акушерской патологии и смертности (57,0%), саморазвития по вопросам перинатальной профилактики (у 50,2%). Выявленные проблемы информирования беременных использованы в качестве научного обоснования объема информации, обязательной для беременных женщин, а также для определения факторной обусловленности эффективности коррекции готовности беременных к участию в повышении качества акушерской помощи.

В главе 4 изложена разработанная методика оценки медицинской информированности беременных, основанная на характеристиках, у которых в исследовании доказана достоверность влияния на качество перинатальных услуг, и стандарт готовности беременных (пациентограмма) к обеспечению высокого качества акушерской помощи, представлен анализ соответствия стандарту медицинской, социальной и правовой информированности и

направления информирования беременных. Методической основой определения характеристик информированности беременной, которые необходимо учитывать при ее оценке, явилась информация о достоверном их влиянии на качество перинатальных услуг, а методической основой определения количественной оценки характеристик – величина прогностических коэффициентов риска, полученная методом нормирования интенсивных показателей. Выявлено достоверное влияние 72 характеристик информированности на качество перинатальных услуг, которые были включены в тест-карту. При этом характеристикам, имеющим наименьший риск (наименьший прогностический коэффициент), присвоен наивысший балл 3,0, имеющим наибольший риск – наименьший балл (1,0). Проведена компоновка характеристик в 39 параметров, которые размещены по 6-ти группам характеристик (1 – определяющие медицинскую информированность о профилактической медицине, 2 – определяющие правовую информированность о профилактической медицине, 3 – определяющие информированность о социальных аспектах профилактической медицины, 4 – определяющие медицинскую информированность о перинатальной профилактике, 5 – определяющие информированность о правовых аспектах перинатальной профилактики, 6 – определяющие информированность о социальных аспектах перинатальной профилактики). Характеристики, обеспечивающие высокое качество акушерской помощи, включены в стандарт готовности (пациентограмма) беременных.

Анализ потенциальной возможности беременных к обеспечению высокого качества перинатальных услуг с использованием разработанной методики стандарту соответствия показал, что информированность снижена за счет всех групп характеристик, в большей степени за счет четвертой (1 ранг), пятой и шестой групп (2 ранг) против первой (4 ранг), второй (5 ранг) и шестой групп (6). Отсюда приоритетными направлениями информирования беременных с позиций обеспечения высокого качества перинатальных услуг

являются: *повышение медицинской, правовой и социальной информированности по перинатальной профилактике на уровне популяции с информированием по общепрофилактическим вопросам по результатам индивидуальной оценки.* При этом в блоке **«Информирование о медицинских аспектах перинатальной профилактики»** приоритетно информирование об умениях перинатальной профилактики, в т.ч. определения отеков, ранних и тревожных симптомов акушерской и перинатальной патологии, двигательной активности плода, прибавки массы тела; наличии акушерской и перинатальной патологии и факторов риска ее развития, порядке акушерской помощи в территории, распределении акушерских стационаров по уровням риска; роли приверженности беременной перинатальной профилактике, в т. ч. соблюдения сроков явок к акушеру-гинекологу, раннего обследования, полного выполнения рекомендаций врача, дородовой госпитализации, родоразрешения в акушерском стационаре соответствующего риска. В блоке **«Информирование о правовых аспектах оказания перинатальных услуг»** приоритетно информирование о правах беременных, в блоке **«Информирование о социальных аспектах перинатальной профилактики»**- об объеме и порядке получения социальных льгот для беременной и семьи. Кроме того, необходимо провести оценку владения общепрофилактическими умениями, у которых доказано в исследовании достоверное влияние на повышение качества перинатальных услуг (измерение артериального давления, снятие стресса, организация правильного режима дня, работы с приборами самоконтроля здоровья).

В главе 5 представлены доказательства необходимости повышения информированности беременных с позиций обеспечения медицинской и социальной эффективности акушерской помощи. Установлено, что частота низкого качества исследуемых услуг, оказанных беременным с высоким уровнем медико-социально-правовой информированности беременных, достоверно ниже, чем с низким уровнем ($p = 0,001$). Частота дефектных

исследуемых услуг была достоверно выше у беременных с низким уровнем медицинской информированности, чем с высоким ($p < 0,05$) (рис.2).

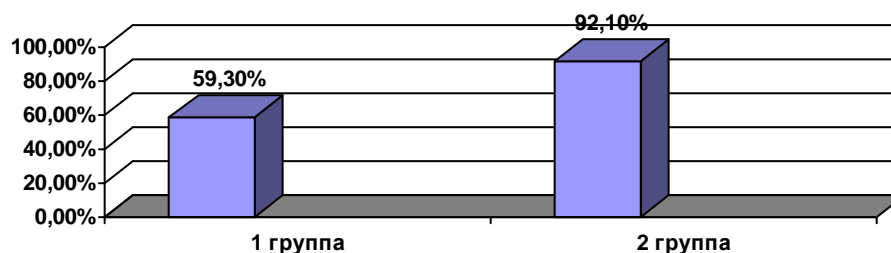


Рис. 2. Частота дефектных исследуемых услуг в группах с разным уровнем информированности беременных

Установлено, что повышение уровня медицинской информированности оказывает достоверное влияние на снижение степени перинатального риска ($p < 0,05$). Подтверждением этому является выявленная достоверно более низкая частота у беременных с высоким уровнем информированности таких *поведенческих* характеристик как «несоблюдение сроков явок к акушеру-гинекологу» ($p = 0,001$), «отказ от родоразрешения в акушерском стационаре соответствующего уровня» ($p = 0,001$), «несоблюдение срока дородовой госпитализации» ($p = 0,002$), «неполное выполнение рекомендаций акушера-гинеколога» ($p = 0,001$), «нерегулярный самоконтроль за течением беременности» ($p = 0,001$); *культурных* – «низкая санологическая культура» ($p = 0,001$); *медико-биологических* – «неосложненное течение беременности» ($p = 0,001$), «высокая степень риска осложнений родоразрешения» ($p = 0,001$); *психологических* – «низкая коммуникабельность», «отсутствие приоритетной ценности здоровье» и «отсутствие сотрудничества как тактики выхода из конфликта». Кроме того, выявлено, что достоверно выше приверженность перинатальной профилактике у беременных с высоким соответствием информированности стандарту, чем с низким ($p < 0,05$) (табл.1).

Таблица 1. Приверженность перинатальной профилактике у беременных с высоким и низким уровнем медико-социально-правовой информированности

Компоненты приверженности	Высокий (n = 241)	Низкий (n = 215)	p

	ФСБО /КС, %	ФСБО/КС, %	
Приоритетность ценности «здоровье»	2,6/13,3 ± 2,6	1,6/46,6 ± 3,3	0,001
Постоянство саморазвития	2,6/13,3 ± 2,6	2,0/33,3 ± 3,9	0,001
Постоянство самоконтроля за здоровьем	2,7/10,0 ± 2,3	1,7/43,3 ± 3,3	0,001
Постоянство самоотказа от поведенческих факторов риска	2,6/13,3 ± 2,6	1,2/60,0 ± 3,2	0,001
Полнота выполнения рекомендаций	2,6/13,3 ± 2,6	1,6/46,6 ± 3,3	0,001
Средняя оценка	2,63/87,4 ± 2,1	1,62/54,0 ± 3,3	0,001

Социальное значение повышения информированности беременных доказано выявленным достоверно более высоким уровнем удовлетворенности оказанной помощью в группе беременных с высоким уровнем информированности, чем с низким ($p=0,002$) (рис. 3).

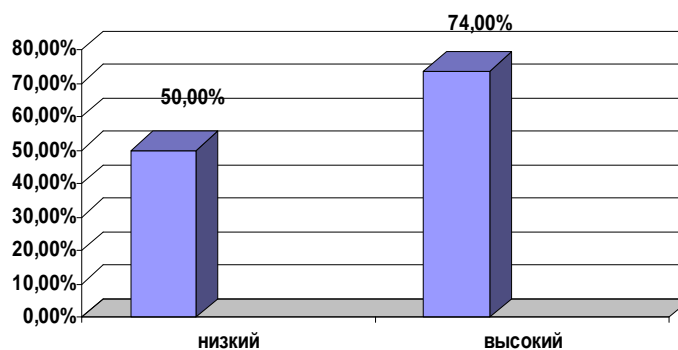


Рис. 3. Частота положительного мнения беременных о качестве перинатальных услуг в группах с низким и высоким уровнем информированности

В главе 6 представлены организационные, методические и функциональные основы системы популяционного медико-социально-правового информирования беременных, разработанные в ходе многолетнего организационного эксперимента (2007–2014 гг.) на уровне субъекта РФ (Ивановская область). В **организационный блок** дополнительно к учреждениям здравоохранения включены учреждения социальной защиты, Региональное отделение ПФР, Региональное отделение ФСС, Территориальный Фонд ОМС по Ивановской области, Комитет по социальной политике и труду Законодательного собрания, «Общественный комитет защиты детства, семьи и нравственности, Ивановская областная

общественная организация медицинских сестер и средних медицинских работников. В **функциональный блок** включен разработанный алгоритм взаимодействия организационных структур, в экспертный – экспертов качества медицинской помощи и экспертной базы автоматизированного мониторинга беременных (схема 1).

Схема 1. Алгоритм взаимодействия организационных структур системы медико-социально-правового информирования популяции беременных

<i>1 этап – взятие на учет</i>	<i>Цель – определение исходного потенциала беременных</i>	
<i>Организационная структура</i>	<i>Функции</i>	<i>Формы документации</i>
Женская консультация (акушер-гинеколог)	Оценка приверженности беременной перинатальной профилактике, психологических, поведенческих, информационных характеристик	
Женская консультация (акушер-гинеколог)	Информирование о порядке обучения и самоконтроля здоровья беременных территории	Диспансерная книжка беременной
Женская консультация (психолог)	Коррекция мотивационных причин отказа от информирования и самоконтроля	карта приверженности перинатальной профилактике
Женская консультация (Школа беременных)	Обучение самоконтролю здоровья, самооценке информированности и приверженности	Лист самоконтроля за состоянием здоровья беременной
Беременная женщина	Заполнение тест-карт по готовности к участию в перинатальной профилактике	Карта приверженности, карта информированности, Лист самоконтроля
<i>Результат: оценка исходного потенциала беременной и приверженности к перинатальной профилактике</i>		
<i>2 этап- до родов</i>	<i>Цель – формирование высокоуровня информированности</i>	
Женская консультация (акушер-гинеколог)	Коррекция приверженности беременных перинатальной профилактике Коррекция психологических, поведенческих, информационных характеристик беременной	
Женская онсультация (акушер-гинеколог)	Контролирует информированность, приверженность беременных, выполнение рекомендаций	Диспансерная книжка беременной
Женская консультация (Психолог)	Выявляет и корректирует мотивационные причины снижения эффективности формирования потенциала беременной	Карта приверженности перинатальной профилактике
Школа беременных	Проведение психофизиоподготовки	Диспансерная книжка беременной
Региональное отделение Фонда социального страхования	Информирует о родовых сертификатах, о мерах социальной поддержки беременных женщин, семьи в связи с рождением ребенка, о постгоспитальной реабилитации	Вкладыш « Социальные аспекты перинатальной профилактики»
Трудовая инспекция	Информация о защите прав беременных	Вкладыш в Диспансерную книжку беременной
Отделение Пенсионного фонда Российской Федерации	Информация о материнском капитале	Вкладыш в Диспансерную книжку беременной
Ивановская областная общественная	Информация о домашнем обучении навыкам по уходу за ребенком и	Вкладыш в Диспансерную книжку беременной

организация медицинских сестер и средних медицинских работников	умениям беременной	
Общественный комитет защиты детства, семьи и нравственности	Информация о помощи в трудной жизненной ситуации	Вкладыш в Диспансерную книжку беременной в Диспансерную книжку беременной
Комитет по социальной политике и труду	Информирует о нормативных документах, принятых в субъекте РФ	Заполняет вкладыш «Правовая защита»
Беременная женщина	Информирует врача акушера-гинеколога о собственном поведении и о течении беременности	Лист самоконтроля за состоянием здоровья беременной
Результат: обучение знаниям и навыкам, формирование мотивации к участию в перинатальной профилактике		
3 этап – после беременности	Цель – коррекция медико-организационных аспектов качества перинатальных услуг	
Беременная женщина	Информирует об удовлетворенности перинатальной услугой	Карта удовлетворенности
Департамент здравоохранения (Центр мониторинга)	Анализ удовлетворенности, приверженности, информированности беременных	Мониторинг удовлетворенности, мониторинг информированности, мониторинг приверженности
Результат: привлечение женщины к мониторингованию качества перинатальных услуг		

В **управляющий блок** включена рабочая группа при Департаменте здравоохранения, в **информационный** - мониторинг информированности о перинатальной профилактике, мониторинг приверженности перинатальной профилактике, мониторинг удовлетворенности беременных ее качеством, автоматизированная программа «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и женщин, завершивших беременность», новые формы документации. Это обеспечило функционирование системы связи между организационными структурами и беременной, включающей обмен 19 видами информации.

Разработан и апробирован комплекс медико-организационных мер поддержки, включая типовой приказ Департамента здравоохранения, информационное пособие для беременной «Знай и умей», информационные вкладыши к Диспансерной книжке, составленные всеми организационными структурами, стандарт готовности (пациентограмма) беременных к обеспечению высокого качества акушерской помощи.

За период эксперимента отмечено достоверное повышение информированности беременных территории за счет характеристик, у которых установлено достоверное влияние на повышение качества перинатальных услуг ($p < 0,05$), а также частоты поведенческих характеристик, у которых установлено достоверное влияние на повышение качества перинатальных услуг, в частности, отказа от вредных привычек (курение и злоупотребление алкоголем), согласия на родоразрешение в акушерском стационаре соответствующего риска, проведения самоконтроля течения беременности, согласия на дородовую госпитализацию, организации рационального питания, выполнения рекомендаций врача ($p < 0,05$), что способствовало снижению частоты дефектных услуг ($p < 0,05$), среднего числа дефектов на одну услугу по причине, связанной с беременной ($p < 0,05$) и повышению частоты положительного мнения беременных о качестве перинатальных услуг ($p < 0,05$) и в комплексе с другими мерами способствовало снижению показателя перинатальной смертности в территории.

ВЫВОДЫ

1. Готовность беременных к участию в обеспечении высокого качества акушерской помощи снижена за счет отсутствия у значительной части женщин знаний и умений по перинатальной профилактике. При этом проблема высокой потребности повышения медико-социально-правовой информированности беременных усугубляется выявленным комплексом проблем, связанных с высокой частотой факторов риска перинатальной и материнской смертности, экстрагенитальной, гинекологической патологии, конфликтности, низкой коммуникабельности, отсутствия приоритетной ценности «здоровье», недостаточной готовностью по общепрофилактическим вопросам.

2. Характеристики медицинской информированности беременных, с установленным достоверным влиянием на качество перинатальной помощи, составляют наибольшую долю среди всех характеристик беременных, по

которым установлено достоверное влияние на качество акушерской помощи (33,6%). При этом они являются в большей степени, чем поведенческие, медико-биологические и культурные характеристики, по которым выявлено достоверное влияние на качество акушерской помощи, высоко рисковыми (50,0%) и управляемыми (100%).

3. Степень соответствия медико-социально-правовой информированности беременных стандарту ниже, чем (1 ранг) у группы психологических (2 ранг), поведенческих (3 ранг), культурных (4 ранг), социальных (5 ранг) и медико-биологических характеристик (6 ранг), что свидетельствует о приоритетном вкладе ее в снижение готовности беременных к обеспечению высокого качества акушерской помощи.

4. Доказательством необходимости повышения медико-социально-правовой информированности беременных является установленная у беременных с низким ее уровнем достоверно более высокая, чем с высоким уровнем, частота дефектных перинатальных услуг (в 1,6 раза), число дефектов, связанных с беременной, на случай наблюдения (в 2,9 раза), неудовлетворенность их качеством (в 1,48 раза) и ниже приверженность перинатальной профилактике (в 1,6 раза).

5. Разработанные в исследовании формы документации («Диспансерная книжка беременных», «Лист самоконтроля», «Карта информированности», «Карта удовлетворенности», «Карта приверженности») обеспечивают создание мониторинга удовлетворенности беременных качеством исследуемых услуг, мониторинга информированности о перинатальной профилактике, мониторинга приверженности беременной перинатальной профилактике, внедрение обратной связи беременной со всеми организационными структурами системы информирования.

6. Внедрение системы популяционного медико-социально-правового информирования беременных на уровне субъекта РФ обеспечивает достоверное повышение информированности, о чем свидетельствует повышение коэффициента соответствия эталону с 49,3 до 72%, и улучшение

удовлетворенности беременных качеством перинатальных услуг (в 1,5 раза), приверженности перинатальной профилактике (в 1,3 раза) и снижения частоты дефектов профилактики по причине, «связанной с женщиной» на 1 услугу (в 1,6 раза), частоты дефектных перинатальных услуг (в 1,8 раза), показателя перинатальной смертности (на 37,6%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Руководству и работникам страховых медицинских организаций: при осуществлении мероприятий прогнозирования деятельности необходимо оценивать и учитывать риски возникновения страховых случаев, связанные с неполной реализацией участия беременных в обеспечении качества акушерской помощи; при экспертизе качества исследуемых медицинских услуг оценивать вовлечение беременных в повышение готовности к получению акушерской помощи, информировать беременных об их правах, о правах семьи и пациента, об участии системы обязательного медицинского страхования в улучшении качества медицинской помощи беременным, в том числе через новую форму документации – «Диспансерную книжку беременных».

2. Руководству медицинских учреждений: при планировании и организации медицинской помощи беременным, застрахованным в условиях ОМС, необходимо использовать маркетинговый подход, предусматривающий учет качественных характеристик беременных женщин – потребителей исследуемых медицинских услуг, в том числе социальных, медико-биологических, культурных, информационных, психологических характеристик и их стремление к саморазвитию, для чего следует использовать методический подход комплексной оценки, предложенный в данном исследовании.

3. Руководству системы здравоохранения территории: использовать территориальную систему медико-социально-правового информирования беременных, разработанную в исследовании; новые формы документации, обеспечить постоянную актуализацию информации о порядке оказания перинатальных услуг в территории в условиях регионализации

перинатальной помощи, о поведении беременной и ее семьи при получении перинатальных услуг, о возможности участия в оценке качества исследуемых услуг; внедрить мониторинг эффективности функционирования системы; мониторинг удовлетворенности беременных перинатальными услугами; мониторинга информированности беременных по вопросам перинатальной профилактики, мониторинг приверженности беременных перинатальной профилактике, мониторинг здоровья и качества их медицинского наблюдения.

4. Врачам акушерам–гинекологам женских консультаций: при оказании беременным перинатальных услуг необходимо учитывать уровень их информационного потенциала, проводить работу по коррекции характеристик информированности беременных с учетом риска снижения качества перинатальных услуг, установленного в исследовании, использовать новые формы документации, позволяющие оценить состояние беременных, участие в обеспечении высокого качества перинатальных услуг, организовать вовлечение беременных в повышение собственного уровня медико-социально-правовой информированности.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Куксенко, В. М. Влияние поведенческого, инновационного и информационного потенциала беременных, межличностных отношений врача и беременной женщины на качество профилактики стоматологического фактора риска осложненного течения беременности // В.М. Куксенко, М.Ю. Тихонов, В.В. Трофимов [и др.] // **Проблемы управления здравоохранением.** – 2012. – №5. – С. 49–55.
2. Трофимов, В. В. О дифференцированной экспертизе качества медицинских услуг по свойствам как составляющей менеджмента качества / В. М. Куксенко, Т. П. Васильева, И. Г. Халецкий, М. Ю.Тихонов, Д.В.Качковский // **Проблемы управления здравоохранением.** –2012. – № 4. – С. 60–72.
3. Тихонов, М. Ю. Потребительский ресурс качества медицинских услуг и пути его улучшения /М. Ю. Тихонов, В. М. Куксенко, О. Н. Песикин [и др.] // **Вестник Ивановской медицинской академии.** – 2013.– Т.18. – №3. – С. 5–10.
4. Куксенко, В. М. Оптимизация кадрового, потребительского ресурсов и медико-организационных подходов улучшения профилактики стоматологической патологии как фактора риска снижения качества перинатальных услуг /В. М. Куксенко, М. Ю. Тихонов, Т.П. Васильева [и др.] //Вестник академии медико-технических наук. – 2013. –№ 1(7). – С. 56–60.
5. Песикин, О. Н. Комплексная характеристика беременных женщин и ее роль в улучшении качества перинатальных услуг / О. Н.Песикин, М. Ю. Тихонов, В.М. Куксенко [и др.] // **Практическая медицина.** – 2013. – №7(76). – С. 193–197.

6. Ратманов, М. А. Социально-гигиеническое исследование влияния потребительского ресурса на качество медицинской помощи и пути его повышения / М. А. Ратманов, Т.П. Васильева, М. Ю. Тихонов [и др.] // **Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны»**. – 2014. – №3. – С. 108–112.
7. Васильева, Т. П., Механизмы регионализации перинатальной помощи в субъекте РФ / Т. П. Васильева, О.Н. Песикин, А.И. Малышкина, Е.В. Филькина, М.Ю. Тихонов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – М., 2014. – Вып. 1. – С. 64–67.
8. Васильева, Т.П. Медико-организационные аспекты улучшения качества перинатальной профилактики в системе «врач акушер-гинеколог беременная женщина»: информационное письмо / Т.П. Васильева, В.В. Трофимов, А.С. Чумаков, М.Ю. Тихонов [и др.]. – Иваново, Издательство МИК, 2010. – 31 с.
9. Ратманов, М.А. Социально-гигиеническое исследование влияния потребительского ресурса на качество медицинской помощи и пути его повышения / М.А. Ратманов, Т.П. Васильева, М.Ю. Тихонов, [и др.] // **Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны»**. – 2014. – № 3. – С.108-112.
10. Тихонов, М.Ю. Модель интегральной экспертизы качества медицинских услуг / М.Ю. Тихонов, А.С. Чумаков, М.Ю. Осипов, А.И. Живой, В.В. Трофимов // Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения РНИМУ им. Н. Пирогова. – М., 2014. – С. 505-508.
11. Васильева, Т.П. Эффективность популяционного медико-социально-правового информирования беременных / Т.П. Васильева, М.Ю. Тихонов, М.А. Ратманов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – М., 2015. – Вып. 1. – С.27-29.

Тихонов Михаил Юрьевич (Российская Федерация)

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

На первом этапе изучены сплошным методом беременные субъекта РФ (на примере Ивановской области) на момент начала исследования (2007–2008 гг.), состоящие на учете в женских консультациях области и наблюдающиеся в автоматизированном «Мониторинге здоровья и качества медицинского наблюдения беременных и женщин, завершивших беременность» На втором этапе разработана методика комплексной оценки характеристик медицинской информированности беременной с позиций улучшения качества акушерской помощи На третьем этапе получены доказательства необходимости улучшения медицинской информированности беременных на основе анализа медицинской и социальной эффективности акушерской помощи. На четвертом этапе дано научное обоснование, разработана и апробирована в условиях многолетнего организационного эксперимента система популяционного медико-социально-правового информирования беременных, дана оценка ее эффективности. Было установлено, что внедрение системы популяционного медико-социально-правового информирования беременных на уровне субъекта РФ обеспечивает достоверное повышение информированности, о чем свидетельствует повышение коэффициента соответствия эталону с 49,3 до 72%, и улучшение удовлетворенности беременных качеством перинатальных услуг (в 1,5 раза), приверженности перинатальной профилактике (в 1,3 раза) и снижения частоты дефектов профилактики по причине, «связанной с женщиной» на 1 услугу (в 1,6 раза), частоты дефектных перинатальных услуг (в 1,8 раза), показателя перинатальной смертности (на 37,6%).

Tihonov Mikhail Yurievich (Russian Federation)

SCIENTIFIC JUSTIFICATION OF THE SYSTEM OF THE POPULATION MEDICAL-SOCIAL-LEGAL INFORMING OF PREGNANT WOMEN

The first stage comprised non-sampling studies of pregnant women of an RF entity (at the example of Ivanovo region), who at the moment of beginning of studies (2007–2008), were registered with the regional maternity centers and undergoing the automated «Health and quality monitoring of the medical care for pregnant women and women with ended pregnancy» At the second stage were developed methods of the comprehensive assessment of features of medical information of a pregnant woman from the point of view of the improved quality of the obstetric care At the third stage were received evidences for the need to improve the medical information of pregnant women on the basis of the analysis of the medical and social efficiency of the obstetric care. At the fourth stage was given the scientific justification, was developed and tested in terms of many years organizational experiment the system of the population medical-social-legal informing of pregnant women and its efficiency was assessed. It was established that the implementation of the system of the population medical-social-legal informing of pregnant women at the level of the RF entity authentically increases the information level, what is witnessed by the increased ratio of the reference correspondence from 49,3 to 72%, as well as the increased satisfaction of pregnant women with the quality of perinatal services (in 1,3 times) and the decreased frequency of “woman referred” defects of prophylactics per 1 service (in 1,6 times), the frequency of defected perinatal services (in 1,8 times), the perinatal fatality index (for 37,6%).