

Организация здравоохранения и общественное здоровье

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 618.2-082:614.2

Н.В. Полунина¹, Ю.Э. Доброхотова¹, С.Ж. Данелян², Э.М. Джобав¹, Т.К. Гогичаев²

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕЕ УЛУЧШЕНИЮ

¹ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России; 117997, Москва, Россия; ²ГБУЗ родильный дом № 18 ДЗ г. Москвы, 105094, Москва, Россия

Полунина Наталья Валентиновна, E-mail: nvpol@mail.ru

♦ Проведен анализ медико-социального портрета пациенток акушерского стационара, а также проведена оценка качества оказания акушерской помощи путем анонимного анкетирования.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, социальная характеристика беременных

N.V. Polunina, Yu.T. Dobrokhotova, S.J. Danelian, E.M. Djobava, T.K. Gogitchaev

THE ISSUES OF QUALITY OF OBSTETRIC CARE AND MEASURES OF ITS ENHANCING

The N.I. Pirogov Russian national research medical university of Minzdrav of Russia, Moscow The maternity hospital №8, Moscow

♦ The article discusses the results of analysis of medical social portrait of female patients of obstetric hospital. The evaluation of quality of obstetric care was carried out using anonymous questionnaire survey.

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

Предварительным условием оказания качественной медицинской и, в частности, акушерской помощи является определение потребности пациентов в различных видах медицинских услуг и их удовлетворения. Потребности пациентов независимо от их медико-социального статуса выражаются в получении высококачественной медицинской помощи, которая направлена на улучшение состояния их здоровья. При этом нередко они не в состоянии самостоятельно определить, в чем состоит качество полученных ими медицинских услуг [1, 2].

В настоящее время политическая, социальная и экономическая ситуация в стране находится в процессе активных изменений. В то же время нынешний уровень развития акушерства еще не может обеспечить результаты, ожидаемые 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 акушеров-гинекологов, нередко искажая реальную ситуацию в здравоохранении. У обычных граждан формируется негативное отношение к врачам родильных домов, так как средства массовой информации изобилуют высказываниями, отражающими недовольство семей и самих пациенток по поводу неудовлетворительных исходов беременности и родов [3, 4].

Анализ данных массовых социологических опросов населения убедительно продемонстрировал низкий уровень удовлетворенности населения амбулаторной (50,9%) и стационарной (57,7—70,3%) помощью [5, 6]. Нередко даже при добросовестном исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей имеет место неудовлетворенность пациенток.

Следует учитывать, что качество акушерской помощи трудно измерить. Так, большинство видов акушерской помощи нельзя отнести к разряду стандартных. Индивидуальные особенности пациенток создают проблемы при

определении качества медицинских услуг. Это явилось основанием для разработки показателей и оценки качества оказания акушерской помощи женщинам.

Цель исследования — разработать мероприятия по повышению степени удовлетворенности женщин уровнем оказания акушерской помощи.

Исследование проводилось на базе клинического родильного дома № 18 Москвы. Были проанализированы 402 истории родов пациенток, родивших в родильном доме № 18 Москвы в 2001 и 2011 гг. Из них в ретроспективный анализ были включены 200 истории родов за 2001 г. и в проспективный — 202 истории родов за 2011 г.

Кроме того, для изучения удовлетворенности пациенток медицинской помощью была разработана анкета и проведено анонимное анкетирование 212 пациенток.

Результаты исследования показали, что средний возраст родивших за указанные периоды времени в родильном доме изменился: в 2001 г. он составил $25,5 \pm 0,9$ года, тогда как в 2011 г. — $28,2 \pm 0,7$ года ($p < 0,05$). Уменьшилась доля юных беременных с 14,3% в 2001 г. до 9,5% в 2011 г. (рис. 1). Несколько сократилась доля пациенток в возрастном промежутке от 20 до 25 лет (38% в 2001 г. и 30% в 2011 г.), при этом увеличилась доля женщин в возрасте от 26 до 35 лет (38% в 2001 г. и 47% в 2011 г.). Значительно увеличилось количество беременностей у пациенток старше 35 лет (10% в 2001 г. и 13,5% в 2011 г.).

Результаты нашего исследования согласуются с имеющимися данными литературы [4, 6]. 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 [4, 6]. По данным Н.В. Вартапетовой, в целом возрастной коэффициент рождаемости (ВКР), например в 2009 г. по сравнению с 1990 г., увеличился во всех возрастных группах женщин старше 25 лет (в наибольшей степени

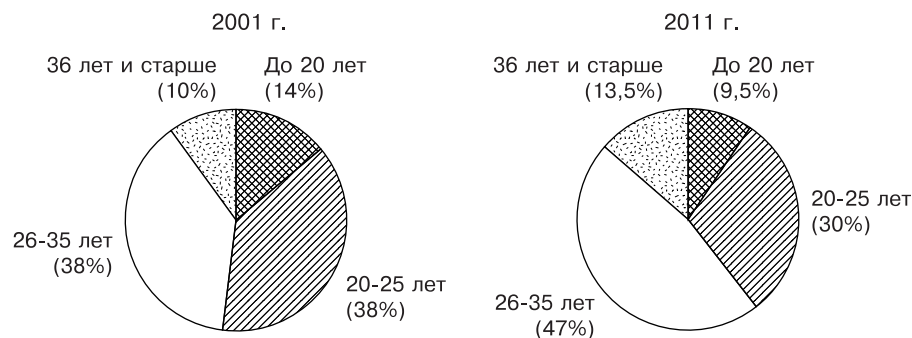


Рис. 1. Сравнительный анализ распределения по возрасту пациенток родильных домов за 2001 и 2011 гг.

в возрасте 35—39 лет — на 43,3%) [4, 6]. В то же время среди женщин молодого возраста число родившихся за год детей уменьшилось: в наибольшей степени у 18—19-летних (суммарно на 54,5% за период 1990—2009 гг.). По данным некоторых исследований, следует ожидать дальнейшего повышения частоты родов среди женщин в возрасте 35 лет и старше благодаря успехам лечения бесплодия, невынашивания беременности, достижениям пренатальной диагностики. Это также связано с планированием деторождения на более поздний возраст, поскольку желание иметь ребенка у некоторых женщин появляется только после достижения определенного материального благополучия [4, 6].

Число первородящих женщин 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 выявлено изменение социального статуса пациенток за последние 10 лет. Женщины с высшим образованием в 2001 г. составили 22,8% от всех поступивших, а в 2011 г. их доля увеличилась в 2 раза и составила 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 г. преобладали домохозяйки (52,8%), работающих женщин было 48,2%. В 2011 г. стали преобладать работающие женщины (50,8%), 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 составили 57%, повтор-

нородящие — 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. имело место преобладание самопроизвольных выкидышей (14,3%) и неразвивающихся беременностей (12,4%).

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

Опрошенным предложили дать оценку их удовлетворенности профессиональными качествами медицинских работников. Среди респонденток 82,2% считали, что врачи акушеры-гинекологи женской консультации, в которой наблюдались, имели уровень квалификации, соответствующий занимаемой должности. В родильном доме уровень квалификации врачей акушеров-гинекологов оценили как высокий 98,9% женщин. Уровень квалификации среднего медперсонала был оценен как соответствующий профессиональным обязанностям 94,5% пациенток.

Опрос пациенток, проведенный в родильном доме, выявил, что претензии опрошенных в основном касались работы приемного отделения и организации работы отделения новорожденных детей.

Почти каждая пятая пациентка считала, что врач женской консультации госпитализировал ее необоснованно, однако в 85% случаев это было обусловлено объективной необходимостью.

Основным фактором неудовлетворенности работой приемного отделения родильного дома 12,5% респонденток назвали время, которое было потрачено на оформление медицинской документации, проведение ультразвуковой диагностики и осмотр специалистом. Так, из 100 опрошенных 13—14 женщин отметили длительное время ожидания медицинской помощи в приемном отделении (более 1 ч), а 6—8 женщин — нарушение этики и деонтологии в работе среднего и младшего персонала приемного отделения родильного дома.

Основной причиной неудовлетворенности пациенток медицинским персоналом отделения новорожденных детей был недостаток времени, которое медицинские работники, по их мнению, должны были уделять пациенткам после родов. Небольшая доля респонденток (5,5%) отметила, что врачи не выслушивали их и не реагировали на вопросы об их ребенке. Жалобы по поводу неуважительного или грубого отношения со стороны врачебного персонала не выявлены. Основной причиной неудовлетворенности работой среднего медицинского персонала отделения новорожденных детей 14,4% респонденток считали нарушение этики и деонтологии.

Каждая пятая (23,3%) пациентка указала, что врачи акушеры-гинекологи и педиатры в отделениях родильного дома недостаточно ин-

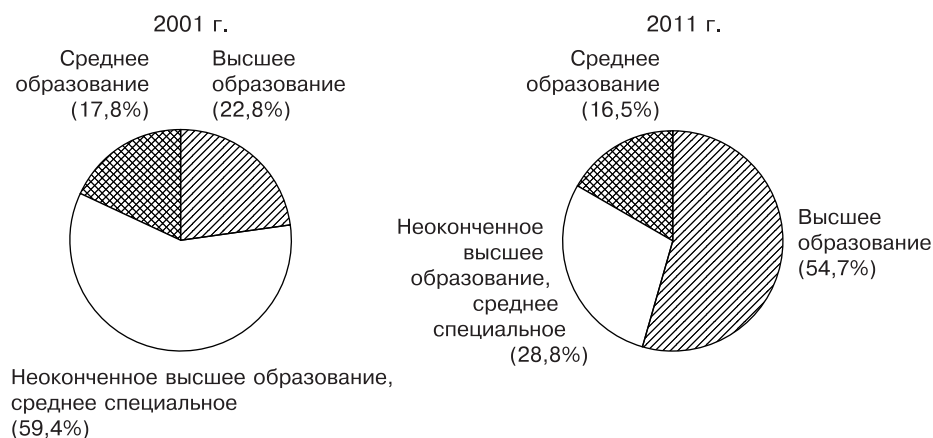


Рис. 2. Сравнительная структура уровня образования (в %) пациенток родильных домов в 2001 и 2011 гг.