

3. Crowther C.A., Hiller J.E., Doyle L.W. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour // Cochrane Database Systematic Reviews. - 2002. - Issue 4. - Art. № CD001060.
  4. Sprincean M., Stratulat P., Eţco L., Petrov V., Opalco I., Burlacu A., Paladi E. Neuroprotecţia antenatală cu sulfat de magneziu şi evaluarea neurologică la distanţă a copiilor premature // Revista ştiinţifico-practică Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. - 2015. - № 1 (58). - P. 59-64.
  5. Stratulat P. Curteanu A., Pînzari L., Chifac L., Enachi A. Dereglările neurodevelopmentale, morbiditatea neurologică şi somatică la mările premature // Buletinul de perinatologie. – 2014. - №. 2. - P. 143-150.
  6. Teune M., Bakhuizen S., Bannerman C., Opmeer B., van Kaam A., van Wassenaer A., et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Obstetrics Gynecology, 2011, P. 205–209.
- 

**Стволыгин А.В.<sup>1</sup>, Поляков Б.А.<sup>2</sup>, Мушников Д.Л.<sup>2</sup>**

#### **МЕТОДИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ИНФОРМИРОВАНИЕМ ПАЦИЕНТОВ**

1. ООО «Стоматологический центр Стволыгин», г. Иваново  
**Стволыгин Андрей Владимирович** – генеральный директор;  
mail@stvolygina.com;
2. Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново  
**Поляков Борис Александрович** - зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, информатики и истории медицины,  
**Мушников Дмитрий Львович** – доцент; ob.zdor@mail.ru.

**Резюме.** Сформирован понятийный аппарат, разработана методология оценки уровня медицинской информированности и качества медицинского информирования пациентов, предложен комплекс мер по совершенствованию управления им.

**Ключевые слова:** медицинское информирование, пациенты.

**Stvolygina A.V., Polyakov B.A., Mushnikov D.L.**

#### **METHODICAL AND ORGANIZATIONAL FOUNDATIONS OF PATIENTS HEALTH INFORMING MANAGEMENT**

**Abstract.** Concept construct has been formed, methodology for assessing medical knowledge level and quality of patients health informing has been developed, a set of proposals for its improvement is presented.

**Key words:** medical information, patients.

В стратегических документах, определяющих нормативную базу и перспективы развития здравоохранения, в частности, федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федера-

ции» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, определяется необходимость донесения до граждан, пациентов, застрахованных лиц, достоверной информации, касающейся их здоровья и оказания медицинской помощи. Традиционные методы, формы и средства гигиенического воспитания в новых условиях недостаточно эффективны [1]. Нерешенными остаются вопросы методического обеспечения оценки медицинской информированности пациентов, качества организации и проведения медицинского информирования в условиях государственного и частного сектора здравоохранения.

**Материалы и методы.** Базой исследования явились медицинские организации частного и государственного сектора здравоохранения г. Иваново (ОБУЗ Ивановская ОКБ; ОБУЗ Клинические больницы №№ 2, 3, 4; родильный дом № 1; ООО Стоматологическая поликлиника «СтоматолоГиЯ»; ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии», ООО «Эпиона»). Источники информации: анкета «Карта социально-гигиенического исследования медико-социальных характеристик и медицинской информированности пациентов»; карта регистрации результатов фотохронометража, карта экспертной оценки медицинской помощи, карта оценки качества организации медицинского информирования, карта оценки качества медицинского информирования пациента. Объем наблюдения: 405 пациентов.

Использовался индексный метод оценки мединформированности пациентов:

$$I_{\text{minf}} = (M_{\text{laf}} + M_{\text{lap}} + M_{\text{lurg}} + M_{\text{lil}} + M_{\text{lsp}} + M_{\text{lorg}} + M_{\text{lild}}) * 100 / 7,$$

где:  $M_{\text{lorg}}$  – оценка в баллах медико-организационного компонента;  $M_{\text{lurg}}$  – ургентного;  $M_{\text{lild}}$  – лечебно-диагностического;  $M_{\text{lil}}$  – использования информационных источников;  $M_{\text{lsp}}$  – санитарно-профилактического;  $M_{\text{lap}}$  – этико-правового;  $M_{\text{laf}}$  – анатомо-физиологического.

Выделены 5 этапов медицинского информирования пациентов: начальный, предварительный, профилактический, промежуточный, завершающий. Для выявления достоверных различий между изучаемыми признаками был использован критерий Стьюдента. Для выявления взаимосвязи между медицинской информированностью, качеством их медицинского информирования использовался метод ранговой корреляции Спирмана.

Предложены оригинальные определения: медицинской информированности пациента, комплексного медицинского информирования пациентов; качества медицинского информирования пациентов; управления процессом медицинского информирования пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Медицинская информированность пациентов в г. Иваново и области низка. Ее интегральный индекс в амбулаторно-поликлинических организациях составил в среднем 65,5%, стационарах – 59,8% ( $p < 0,05$ ). Достоверна разница между государ-

ственным и частным секторами здравоохранения (соответственно, 56,5 и 67,8%,  $p < 0,05$ ), а также между пациентами, проживающими в областном центре и районах области (69,5 и 53,5%,  $p < 0,05$ ). Выше всего медицинская информированность у пациентов терапевтического, стоматологического и акушерско-гинекологического профилей (соответственно, 70,2%, 68,7 и 71,5%,  $p < 0,05$ ), ниже всего - у пациентов хирургического профиля и узких специалистов (52,5 и 51,5%,  $p < 0,05$ ). Информированность больше по санитарно-профилактическому, urgentному компонентам и использования информационных источников, меньше - по лечебно-диагностическому, этико-правовому, анатомо-физиологическому компонентам. Таким образом, полученные данные говорят о необходимости активного медицинского информирования с учетом ограничивающих факторов и индивидуальных особенностей пациентов.

Общая частота дефектов медицинского информирования пациентов составляет 375,5 на 100 экспертиз, в т.ч. по терапевтическому профилю – 383,4 на 100 случаев, по хирургическому – 423,5, по акушерско-гинекологическому – 239,5, по стоматологическому – 376,5, по услугам узких специалистов – 356,5 ( $p < 0,05$ ). Снижение качества медицинского информирования отмечалось достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) в медицинских организациях государственной формы собственности (401,4 против 278,9 в негосударственном секторе) и амбулаторного типа – (395, 7 против 324,5 в стационарах). Наибольшая частота дефектов медицинформирования отмечалась по анатомо-физиологическому компоненту (74,5), использования информационных источников (73,8), этико-правовому (66,7), санитарно-профилактическому (64,5) и лечебно-диагностическому (37,5). Низкие оценки экспертов связаны преимущественно с недостаточным техническим обеспечением процесса информирования; недостатками в его планировании, организации, регистрации и контроле; использованием информационных ресурсов. Пациенты были не удовлетворены доступностью и полнотой предоставления информации (по терапевтическому профилю услуг – 95,5, по хирургическому – 98,5, по акушерско-гинекологическому – 65,5, по стоматологическому 89,5, по услугам врачей-специалистов 78,5,  $p < 0,05$ ).

Полученные данные составили основу предложений по повышению медицинской информированности пациентов: региональный мониторинг удовлетворенности населения качеством медицинского информирования; включение в региональные программы охраны здоровья населения раздела медицинского информирования пациентов; внедрение паспорта медицинской информированности пациентов (вкладыш в первичную документацию) с указанием уровня информированности, «чувствительности» пациента к различным методам и формам информирования; организация тренингов и семинаров для врачей,

медицинских сестер по порядку медицинского информирования пациентов. Разработаны инструкции для врачей, касающиеся медицинского информирования пациентов.

Эффективность разработанной медико-организационной модели управления медицинским информированием пациентов (включающей оценку и коррекцию медицинской информированности пациентов, качества медицинского информирования пациентов; принципы и этапы организации и проведения медицинского информирования пациентов; модель взаимодействия медицинских организаций со средствами массовой информации, центрами здоровья, общественными организациями, вузами и медицинскими колледжами, депутатами регионального парламента) подтверждается повышением индексов медицинформированности пациентов на 34,5%; медицинской активности - на 19,5%; снижением частоты дефектов медицинформирования пациентов на 29,5%; увеличением количества случаев с положительным клиническим результатом на 5,5%; снижением числа пациентов, не удовлетворенных качеством медицинформирования на 15%.

### **Литература**

1. Щепин В.О., Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н. К вопросу о перспективных направлениях развития здравоохранения Российской Федерации // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. - 2012. – Вып. 1. - С. 147-153.

---

**Суслин С.А.<sup>1</sup>, Федосеева Л.С.<sup>2</sup>, Назаркина И.М.<sup>2</sup>, Гиннятулина Р.И.<sup>1</sup>**

### **СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

1. Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

**Суслин Сергей Александрович** – д.м.н., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением; sasuklin@mail.ru,

**Гиннятулина Руфия Ильдаровна** – аспирант; rufa\_91@mail.ru;

2. Самарская городская клиническая поликлиника № 15, г. Самара  
**Федосеева Лидия Сергеевна** – к.м.н., главный врач; polik15@gkp15.ru,

**Назаркина Ирина Михайловна** – к.м.н., доцент, зам. главного врача по медицинской части; polik72@list.ru.

**Резюме.** Описывается внедрение системы управления качеством медицинской деятельности в соответствии с требованиями международных стандартов.