Несмотря на общую стимуляцию и единый порядок предъявления стимулов в группах юношей и девушек, имеется разница в суммарных показателях сегментов. Если сравнивать данные каждого сегмента попарно в группах между юношами и девушками разных возрастов, то разница присутствует не только в показателях КГР, но и в частоте дыхания и частоте сердечных сокращений.

Дополнительно отмечается, что у женской части испытуемых ЧД во всех трех сегментах ниже, чем у мужской группы. Это может служить основой для предположения о том, что женщины более эмоциональны и склонны к реакциям «замирания». Корреляционный анализ данных свидетельствует о том, что если абсолютная величина КГР является индивидуальным показателем возбудимости, то относительная величина изменения реакции индивидуума при предъявлении ему раздражителей различного содержания указывает на степень значимости того или иного стимула. Этот показатель является индивидуальным признаком и помогает объективно рассмотреть иерархию патогенных переживаний. Слово как раздражитель служит символическим заменителем (сигналом) реального патогенного обстоятельства. Показатели средних величин указывают на большую или меньшую значимость патогенных обстоятельств для обследованных.

При исследовании обнаружено, что уровень кожной проводимости значительно выше при предъявлении приятных и неприятных стимулов, в сравнении с реакцией на нейтральный стимул в обеих группах; причем, чем более эмоционально окрашен стимул, тем выше был показатель КГР. В ходе эксперимента была видна значимое различие в эмоциональных реакциях и результатов кожно-гальванических реакций при сравнении в группах между юношами и девушками [1]. Причем в группах старшего возраста показатели КГР были ниже. Связь электродермальной активности с эмоциями однозначно подтверждается, при этом, не имеет значения, какой знак имела эмоция – положительный или отрицательный. Само возникновение эмоциональных состояний практически всегда сопровождается КГР. Таким образом, мы убедились в совпадении результатов данного исследования с данными других исследователей, что количество и амплитуда спонтанных колебаний КГР связаны с общим напряжением, а также с положительными и отрицательными эмоциями, причем более сильная связь была обнаружена именно с отрицательными эмоциями [4].

1. Букзайн В. Использование электрической активности кожи в качестве индикатора эмоций. // Иностранная психология. – 1994. – Т. 2, № 2 (4). – С. 57-66.
2. Дементенко В.В., Дорохов В.Б., Коренева Л.Г. и др. Гипотеза о природе электродермальных реакций. // Физиология человека, 2000. – Т.26, N.2. – С. 124-131.
3. Шпунт В.Х. Динамические электрические свойства кожи человека // Мед. техника, 1997. – С. 38-48.
4. Шуваев В.Т. Метод поведенческой психотерапии с использованием биологической обратной связи по КГР при лечении больных невротическими фобическими синдромами. – 1999, С. 27-29.

Мушников Д.Л., Садовникова Н.А., Стрыгина Т.В.

**Медико-организационные аспекты совершенствования амбулаторной помощи
детям из неполных семей**

*ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
(Россия, Иваново)*

doi: 10.18411/lj-06-2019-131

idsp: ljjournal-06-2019-131

Аннотация

Сохранение здоровья детей относится к приоритетным направлениям деятельности отечественного здравоохранения. Цель исследования: совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям (до 14 лет) из неполных семей на основе

комплексного медико-организационного исследования. База исследования: ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ», филиал Раменская городская детская больница, г. Раменское, Московская обл.. Единицы наблюдения: случай заболевания; семья (неполная, полная), воспитывающая ребенка (до 14 лет); случай оказания поликлинической помощи ребенку в течение года. Методы исследования: статистический, выкопировки данных из медицинской документации, социологический, аналитический. Результаты: существующая медико-организационная технология оказания медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники не в полной мере учитывает потребности и запросы неполных семей, воспитывающих детей до 14 лет, в обеспечении доступности и качества медицинской помощи поликлинического уровня.

Ключевые слова: медицинская помощь, дети, неполная семья, качество медицинской помощи.

Abstract

Save the children health relate to priorities of national health care. Objective: improvement of outpatient care for children (up to 14 years) from single-parent families through an integrated health-organizational studies. Research database: city children's Hospital, Ramenskoye, Moscow region. The observation units depending on the assigned tasks were adopted: the case of the disease; family (partial, full), raising a child (up to 14 years); case of an expatriate child in the course of the year. Research methods: statistical, vykopirovki data from medical records, sociological, analytical. The results. The existing medical-organizational technology of medical assistance for children in situations of child health clinics do not fully take into account the requirements and needs of single-parent families with children up to 14 years, in availability and quality of medical assistance to outpatient level.

Keywords: health care, children, single parent, the quality of care.

Актуальность исследования. С одной стороны, согласно ФЗ №323 от 2011 г. «Об основах охраны здоровья населения граждан РФ», сохранение здоровья детей относится к приоритетным направлениям деятельности отечественного здравоохранения, а с другой стороны, - неблагоприятными тенденциями увеличения заболеваемости детского населения, снижения качества медицинской помощи среди наиболее социально и экономически незащищенной его части.

Здоровье семьи всегда являлось одной из главных ценностей любого общества [4, 5, 6, 7]. Однако происходящие в нашей стране социально-экономические преобразования оказали негативное воздействие на состояние здоровья семей и их численность, отмечается тенденция к увеличению разводов в семьях, конфликтов, рост неполных семей. По данным ряда авторов в современных экономических условиях наиболее незащищенными в социальном плане являются неполные семьи, в которых на мать возлагается повышенное количество семейных функций [1, 2, 3]. Это ставит данные семьи в неравные условия и формирует риски нарушения здоровья ребенка. В тоже время, крайне недостаточно работ, рассматривающих улучшение качества помощи детям с учетом особенностей медико-социально-психологического профиля неполных семей. Существующие технологии оказания поликлинической помощи не обеспечивают возможность дифференцированного подхода к детям с разным семейным статусом. Указ Президента РФ «О проведении Года гражданской активности и добровольчества (волонтерства) в 2018 году» открывает новые возможности использования технологий социального волонтерства в медицинской практике. Остается не использованным потенциал добровольческих (волонтерских) объединений в оказании помощи врачам педиатрам участковым в работе с неполными семьями, воспитывающих детей, что в условиях дефицита медицинских кадров и их высокой загруженности, могло бы стать одним из вариантов решения проблемы «бережливого»

отношения к пациентам, повышения доступности медицинской помощи. Вышесказанное определяет необходимость оценки состояния качества и доступности медицинской помощи детям из неполных семей и разработки медико-организационных мер ее совершенствования. Цель исследования: совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям (до 14 лет) из неполных семей на основе комплексного медико-организационного исследования.

Материалы методы. База исследования: ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ», филиал Раменская городская детская больница, г. Раменское, Московская обл.. Детская поликлиника построена в 1971г. по типовому проекту. Рассчитана на 350 посещений в смену. Обслуживает 20 тысяч городского детского прикрепленного населения. Объект исследования – случаи выявленного заболевания; семьи неполного и полного типа, воспитывающие детей до 14 лет, случаи оказания педиатрической помощи. Единицами наблюдения в зависимости от поставленных задач были приняты: случай заболевания; семья (неполная, полная), воспитывающая ребенка (до 14 лет); случай оказания поликлинической помощи ребенку в течение года. Предмет исследования – здоровье детей до 14 лет из неполных и полных семей; медико-социально-психологические характеристики семей; качество и доступность медицинской помощи детям. Объем исследования: 33456 единиц анализа статистической информации; 800 случаев проведения профилактических осмотров, семья (полная/неполная), воспитывающая ребенка (до 14 лет). Источники: статистические учетные формы: 112/у (Карта развития ребенка, 26/у (Карта ребенка ДДУ, школы), 30/у «Карта диспансерного наблюдения», анкета социологического опроса «Медико-социальная характеристика семей, воспитывающих ребенка в условиях неполной семьи», методика PARI (parental altitude research instrument), случай оказания медицинской помощи ребенку; семья (полная/неполная), воспитывающая ребенка (до 14 лет). Методы исследования: статистический, выкопировки данных из медицинской документации, социологический, аналитический.

Результаты исследования. Установлено, что состояние здоровья детей до 14 лет, наряду с другими факторами, определяется медико-демографическим типом семьи, в которой они воспитываются – полная и неполная. В неполных семьях, доля которых в популяции составляет 17,5%, отмечается более высокая, чем среди детей из полных семей, частота общей заболеваемости (соответственно 3796,8 и 2278,0 на 1000 детей) и заболеваемости по данным профилактических осмотров (соответственно 1938,9 и 1878,8 на 1000 детей), что определяет приоритетность данной группы семей для проведения профилактической и медико-коррекционной работы в условиях детской поликлиники.

Медико-социально-психологический профиль неполных семей, воспитывающих детей до 14 лет имеет особенности, по сравнению с полными семьями (средний возраст 37,5 лет, преимущественно малолетние (70,5%), высокая доля мигрантов (69,5%), часто болеющих (37,5%), преимущественно рабочих профессий (72,0%) с не высоким уровнем образования (среднее специальное, среднее, ниже среднего) - 69,5% и высоким уровнем занятости матери ребенка (99,5%), высокой долей семей с низким материальным достатком (26,6%), относительно большей долей неблагополучных семей – 1,2%, излишняя концентрация на ребенке (65,9%) и характеризуется распространенностью факторов негативно влияющих на состояние здоровья детей. Учет данных факторов, позволяет дифференцированно подходить к выбору мер корректирующей работы с неполными семьями, имеющими длительно и часто болеющих детей.

Существующая медико-организационная технология оказания медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники не в полной мере учитывает потребности и запросы неполных семей, воспитывающих детей до 14 лет, в обеспечении доступности и качества медицинской помощи поликлинического уровня,

о чем свидетельствуют данные экспертной оценки (частота лечебно-диагностических дефектов составляет 12,4, диагностических 2,8, профилактических – 14,3, консультативных – 21,3 на 100 случаев) и данные социологического опроса родителей детей (процент неудовлетворенных доступностью педиатрической помощи составляет 3,1%, помощи специалистов – 43,6%; качеством помощи – соответственно: 13,9% и 14,8%; результатами помощи – соответственно: 9,8% и 5,7%; условиями – 2,9%, информационной поддержкой – 32,1%). Это требует поиска новых решений по адаптации медико-организационной технологии оказания помощи детям в условиях детской поликлиники к специфике проблем, потребностей и запросов неполных семей.

Установлено, что в обеспечение эффективности оздоровительных мероприятий у детей приходится на факторы со стороны семьи (уровень образования матери, возрастная структура семьи, уровень материального благополучия, медицинской информированности, уровень медицинской активности, уровень реализации принципов здорового образа жизни в семье, психологические проблемы в семье, уровень удовлетворенности родителей работой педиатрической службы, 36,0% - на факторы, со стороны медицинских работников (уровень рабочей нагрузки персонала, выполнение технологии лечения, уровень квалификации работников, возраст, стаж работы), 7% - на фактор качества выполнения медицинской технологии.

Полученные данные стали теоретической основой для разработки и обоснования мероприятий по совершенствованию медицинской помощи детям из неполных семей в условиях детской поликлиники, объединенных в 2 направления: разработка и внедрение медико-организационной модели совершенствования медицинской помощи детям из неполных семей; управление медико-социально-психологическими и медико-организационными факторами обеспечения эффективности оздоровительных мероприятий среди детей из неполных семей. Внедрение данного комплекса в г. Раменское Московской обл. позволило достигнуть медико-социальной эффективности, выразившейся в снижении первичной заболеваемости среди детей, повышении удовлетворенности матерей оказанной помощью, и обеспечило экономическую эффективность за счет снижения случаев ВУТ по уходу за больными детьми в неполных семьях.

Исследование показало, что при разработке программ совершенствования медицинской помощи детям рассматривать неполные семьи, воспитывающие детей до 14 лет, как группу, требующую повышенного внимания. За основу модернизации может быть принята предложенная медико-организационная модель совершенствования организации медицинской помощи детям, воспитывающихся в неполной семье, включающая создание Совета по организации медицинской помощи детям из неполных и неблагополучных семей, территориального координационного центра «Комплексной медико-социальной и правовой помощи детям, воспитывающихся в неполных и неблагополучных семьях».

Для комплексной поддержки и согласования межсекторальных вопросов медико-социальной помощи неполным семьям рекомендуется создавать общественный Совет стейкхолдеров, ввести практики совместного медико-социального патронажа детей из неполных семей, развивать волонтерство, формирование фондов помощи матерям, находящихся в затруднительной ситуации, формирование актива из числа таких матерей; помощь в трудоустройстве матерей; решение вопросов повышения транспортной доступности медицинской помощи. Ввести карты информационного обмена между врачами детской поликлиники и социальными службами района, а так же использовать технологию социальной фасилитации.

Для повышения качества выполнения врачебных назначений и контроля качества медицинского информирования врачами матерей необходимо ввести

«Паспорт врачебных рекомендаций и назначений для матери, воспитывающей ребенка в условиях неполной семьи».

Для выявления психологических проблем семей, воспитывающих ребенка, и для профилактики конфликтов рекомендуется создавать кабинеты «психологического фильтра» при посещении матери с ребенком детской поликлиники, предусматривающего прохождения матерью экспресс - тестирования и, при необходимости, беседы с психологом.

1. Воронцов Т.Н. Мотивация как элемент управления качеством медицинской помощи при социально значимых заболеваниях/ Т. Н. Воронцов, Е. С. Матвеева// Уральский медицинский журнал. 2015; 5: 125-128.
2. Мушников Д.Л. Методические аспекты оценки потенциала пациентов разного профиля и их профилактической комплаентности// Сборник научных трудов «Технологии сохранения и укрепления здоровья в 21 веке: инновационный профиль», Иваново. 2017; 29-32.
3. Мушников Д.Л. Качество комплаентной профилактики: методика оценки и состояние// Сборник научных трудов «Технологии сохранения и укрепления здоровья в 21 веке: инновационный профиль». Иваново. 2017; 33-36)
4. Фомичева М.Л., Борцов В.А., Хихлич О.С. Информированность пациентов медицинских организаций Новосибирской области в вопросах первичной медицинской профилактики// Медицинское образование Сибири. 2016; 4: 16-20.
5. Aly Z., Abbas K., Kazim S.F. et al. Awareness of stroke risk factors, signs and treatment in a Pakistani population. J Pak Med Assoc 2009; 59(7): 495–9.
6. Bligh J. Tomorrow's doctors: extending the role of public health medicine in medical education // Medical Education. 2002; 206: 206-207.
7. Kimando M.W., Otieno F.C., Ogola E.N., Mutai K. Adequacy of control of cardiovascular risk factors in ambulatory patients with type 2 diabetes attending diabetes out-patients clinic at a county hospital, Kenya/ BMC Endocr Disord. 2017; 17(1): 73.

**Стволыгин А.В., Стволыгина О.А., Поляков Б.А., Мушников Д.Л.
Проблемы качества медицинского информирования пациентов
стоматологического профиля**

*ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
(Россия, Иваново)*

doi: 10.18411/lj-06-2019-132

idsp: ljjournal-06-2019-132

Аннотация

В статье представлен анализ данных экспертной оценки качества медицинского информирования и консультирования пациентов стоматологического профиля и предложения по ее улучшению. Проведена очная экспертная оценка случаев оказания стоматологических услуг. Единица наблюдения - случай оказания стоматологических услуг. Объем исследования составил 405 случаев стоматологической помощи. Установлено, что частота дефектов стоматологической помощи связанная с нарушением технологии общения с пациентом. Снижение качества медицинского информирования пациентов врачами стоматологами связано преимущественно с нарушением последовательности и этапности его проведения, не эффективного использования методов и средств, не оптимального стиля информирования.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, пациент, медицинская информированность.

Abstract

Data analysis is presented in the article peer review the quality of medical information and advise patients of stomatological profile and proposals for its improvement. Conducted