

УДК 616-053.31-082:614.21 (476)

ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

^{1,2}П.Л.Мосько, ²Т.В.Калинина

¹Клинический родильный дом Минской области,
ул. Франциска Скорины, 16, 220076, г. Минск, Республика Беларусь

²Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

В статье представлены результаты изучения организационно-технологических аспектов деятельности перинатальных центров путем анализа экспертного мнения врачей-специалистов, оказывающих акушерско-гинекологическую и неонатальную помощь. Анализ проводился по следующим критериям: эффективность управления; оснащенность медицинским оборудованием; организация командной работы специалистов; внедрение информационных технологий; преемственность при оказании перинатальной помощи; доступность консультаций смежных специалистов.

Ключевые слова: перинатальный центр; организационные технологии управления; акушерско-гинекологическая и перинатальная помощь.

Ключевым звеном в реформировании системы охраны репродуктивного здоровья женщин и родовспоможения Республики Беларусь стало создание и функционирование разноуровневой системы перинатальной помощи. В настоящее время в высокотехнологичных перинатальных центрах страны используются эффективные организационные технологии и клинические практики, основанные на соблюдении международных стандартов специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям. За последние 10 лет в Беларуси стабилизирована младенческая смертность на уровне 2,5‰, неонатальная смертность снижена до 1,1‰ [1; 2].

В научной литературе, посвященной изучению деятельности перинатальных центров, результаты проведения социологических исследований занимают значительное место [3–11]. Большинство опубликованных работ свидетельствуют о том, что предпочтение, как в нашей стране, так и за рубежом, отдается организации и проведению социологических опросов среди беременных, рожениц и родильниц. Вместе с тем, очевидно, что оценка данной проблемы пациентами носит исключительно субъективный характер и основана на восприятии ими лишь этических и деонтологических аспектов работы врачей-акушеров-гинекологов и неонатологов. Опросы врачей-специалистов по данной проблематике организуются реже, во вся-

ком случае, их результаты реже публикуются в современной научной литературе [10; 11].

Изучение организационно-технологических аспектов деятельности перинатальных центров путем анализа экспертного мнения врачей-специалистов, оказывающих акушерско-гинекологическую и неонатальную помощь, представляет несомненный научный и практический интерес для совершенствования перинатальной помощи и снижения репродуктивных потерь.

Цель исследования – научное обоснование эффективных организационных технологий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи в организациях родовспоможения, на основе анализа результатов анкетного опроса руководителей и врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь в перинатальных центрах страны.

Методика исследования. Исследование проводилось в 2021–2022 гг. методом анкетного опроса врачей-специалистов, оказывавших медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным в перинатальных центрах всех регионов Республики Беларусь. В качестве инструментария исследования использовалась анкета, включавшая 26 вопросов с закрытыми (заранее сформулированными) и открытыми (свободными) вариантами ответов, которые позволили научно обосновать приоритетные организационные технологии совершенствования

акушерской и перинатальной помощи в организациях родовспоможения Минской области.

Сбор информации проводился анонимно путем онлайн-анкетирования [12]. Анкета была размещена на платформе, разработанной компанией Google – Google Forms [13]. Респонденты получали доступ к анкете по ссылке либо посредством QR-кода.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета анализа данных Statistica 12 и MS Excel 7.0. Статистический анализ результатов исследования выполнялся с использованием стандартных методов описательной статистики: средняя арифметическая (M_{cp}) и 95% доверительный интервал (95% ДИ). Описание качественных признаков давалось в виде абсолютных величин (*абс.*) и относительных частот в процентах (%). Для проверки гипотезы о различиях количественных признаков в двух независимых группах использовался критерий Манна-Уитни (U), в трех и более независимых группах – критерий Краскела-Уоллиса (H). Для проверки гипотезы о различиях качественных признаков в независимых группах использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Критический уровень значимости при проверке нулевых гипотез принимался равным 0,05 [14].

В исследовании приняли участие 153 респондента: 34 мужчины (22,2%) и 119 женщин (77,8%). Более половины респондентов – 83 чел. (54,3%) работали в перинатальных центрах Минской области. В г. Минске работали 25 респондентов (16,3%), в Брестской области – 13 чел. (8,5%), в Гродненской области – 10 чел. (6,5%), в Гомельской области – 9 чел. (5,9%), в Витебской области – 7 чел. (4,6%), в Могилевской области – 6 чел. (3,9%).

Медицинскую помощь в перинатальных центрах первого технологического уровня оказывали 64 респондента (41,8%), второго уровня – 30 респондентов (19,6%), третьего уровня – 52 респондента (34,0%), четвертого уровня – 7 респондентов (4,6%). Стаж работы по специальности ≤ 10 лет имели 86 респондентов (56,2%), от 11 до 20 лет – 32 респондента (20,9%), от 21 до 30 лет – 22 респондента (14,4%), >30 лет – 13 респондентов (8,5%). Высшую квалификационную категорию врача-специалиста имели 39 респондентов (25,5%), первую – 59 респондентов (38,6%), вторую – 32 респондента (20,9%). Не имели квалификационной категории 23 врача (15,0%), принимавших участие в исследовании.

Должности руководителей перинатальных центров (главные врачи, их заместители) занимал 31

респондент (20,3%). Врачи-специалисты составляли 79,7% (122 чел.), в том числе, заведующих отделениями было 29 чел. Врачебную специальность «организатор здравоохранения» имели 26 респондентов (17,0%), «акушер-гинеколог» – 48 респондентов (31,4%), «неонатолог» – 42 респондента (27,5%), «анестезиолог-реаниматолог» – 23 респондента (15,0%), «педиатр» – 14 респондентов (9,1%).

Результаты и обсуждение. Качество оказания медицинской помощи в перинатальных центрах оценивалось по результатам 5-балльных оценок, выставленных врачами-специалистами по предлагаемым критериям (табл. 1).

Работу перинатальных центров респонденты оценили достаточно высоко. По всем предлагаемым критериями выставленные оценки были выше среднего уровня. Самые высокие баллы были выставлены респондентами по критерию соблюдения санитарно-противоэпидемического режима. Средняя оценка по результатам ответов по данному критерию составила 4,21 [ДИ 95% 4,10÷4,32] балла. При этом, достоверных различий значимости данного критерия в зависимости от технологического уровня оказания перинатальной помощи не установлено ($p > 0,05$). Самые низкие баллы были выставлены респондентами по критерию оснащенности медицинским оборудованием. Средняя оценка оснащенности медицинским оборудованием составила 3,53 [ДИ 95% 3,40÷3,66] балла. Достоверные различия оценок по данному критерию в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи также не выявлены ($p > 0,05$). Средняя оценка оснащенности высокотехнологичным оборудованием составила 3,24 [3,10÷3,38] балла. Достоверно значимое влияние технологического уровня перинатального центра на качество его работы установлено по двум критериям: эффективность управления ($p < 0,05$) и квалификация врачей-специалистов ($p < 0,001$).

Материально-техническое оснащение организаций родовспоможения является гарантом доступности и качества оказываемых медицинских услуг. Состояние материально-технических ресурсов перинатальных центров – ключевая характеристика научно-технического уровня инновационных и модернизационных процессов их функционирования. От технического обеспечения перинатальных центров зависят демографические показатели рождаемости и перинатальной смертности.

Одной из задач нашего исследования являлось изучение мнения врачей-специалистов о материально-техническом оснащении перинатальных

Таблица 1
Оценки респондентами качества оказания медицинской помощи в перинатальных центрах

Критерии оценки	Технологические уровни оказания перинатальной помощи (оценка в баллах, (Mcp [95% ДИ])					Досто- верность разницы (p)
	Общая оценка (n=153)	I n=64	II n=30	III n=52	IV n=7	
Эффективность управления	3,76 [3,63÷3,88]	3,72 [3,51÷3,92]	3,47 [3,18÷3,76]	3,92 [3,73÷4,12]	4,14 [3,50÷4,78]	<0,05
Квалификация врачей-специалистов	3,94 [3,84÷4,05]	3,64 [3,48÷3,80]	4,00 [3,80÷4,20]	4,27 [4,10÷4,44]	4,00 [3,47÷4,53]	<0,001
Оснащенность медицинским оборудованием	3,53 [3,40÷3,66]	3,44 [3,20÷3,67]	3,33 [3,07÷3,60]	3,75 [3,56÷3,94]	3,57 [2,67÷4,47]	>0,05
Оснащенность высоко-технологичным медицинским оборудованием	3,24 [3,10÷3,38]	2,84 [2,62÷3,06]	3,20 [2,93÷3,47]	3,65 [3,46÷3,85]	4,00 [3,24÷4,76]	<0,001
Командная работа специалистов	3,88 [3,75÷4,01]	3,73 [3,54÷3,93]	4,00 [3,76÷4,24]	3,96 [3,72÷4,20]	4,15 [3,15÷5,13]	>0,05
Внедрение информационных технологий	3,22 [3,08÷3,36]	3,22 [3,02÷3,42]	2,73 [2,44÷3,02]	3,40 [3,15÷3,66]	4,00 [3,24÷4,76]	<0,001
Обеспеченность лекарственными средствами	3,75 [3,61÷3,90]	3,91 [3,69÷4,12]	3,63 [3,32÷3,95]	3,62 [3,35÷3,88]	3,86 [3,03÷4,69]	>0,05
Соблюдение санитарно-противо-эпидемического режима	4,21 [4,10÷4,32]	4,19 [4,02÷4,35]	4,20 [3,97÷4,43]	4,23 [4,02÷4,44]	4,29 [3,59÷4,98]	>0,05
Работа лабораторной службы	3,90 [3,78÷4,02]	3,94 [3,75÷4,13]	3,60 [3,33÷3,87]	3,98 [3,79÷4,18]	4,29 [3,59÷4,98]	>0,05
Преимственность при оказании перинатальной помощи	3,97 [3,85÷4,10]	3,92 [3,70÷4,14]	4,07 [3,81÷4,32]	3,92 [3,74÷4,10]	4,43 [3,93÷4,92]	>0,05
Доступность консультаций смежных специалистов	3,86 [3,72÷4,01]	3,83 [3,59÷4,07]	3,63 [3,29÷3,98]	3,98 [3,74÷4,22]	4,29 [3,59÷4,98]	>0,05

центров страны. Результаты опроса представлены в табл. 2.

Более 70% респондентов, оценивая достаточность оснащения структурных подразделений перинатальных центров оборудованием, считают, что в этом вопросе нет проблем, то есть, оборудование имеется в достаточном количестве.

Вместе с тем, результаты опроса свидетельствуют, что основные проблемы с оборудованием касаются диагностических подразделений перинатальных центров. Оснащением клиничко-ди-

агностических лабораторий не удовлетворены 36 чел. (23,53%); кабинетов ультразвуковой диагностики – 28 чел. (18,30%); кабинетов функциональной диагностики – 17 чел. (11,11%). При этом, оснащение кабинетов ультразвуковой диагностики достоверно хуже в перинатальных центрах первого уровня (p<0,05). Оснащение клиничко-диагностических лабораторий и кабинетов функциональной диагностики не зависит от технологического уровня перинатальных центров (p>0,05) (табл. 2).

Таблица 2
Мнение респондентов об оснащении медицинским оборудованием структурных подразделений перинатальных центров

Структурные подразделения	Недостаточно оборудования на 1-м уровне		Недостаточно оборудования на 2-м уровне		Недостаточно оборудования на 3-м уровне		Недостаточно оборудования на 4-м уровне		Достоверность разницы	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	χ^2	<i>p</i>
Приемное отделение	8	5,23	2	1,31	6	3,92	0	0	1,617	>0,05
Родильное отделение	14	9,15	6	3,92	9	5,88	0	0	2,092	>0,05
Отделение анестезиологии-реаниматологии	8	5,23	13	8,50	7	4,58	1	0,65	14,369	<0,01
Отделение для новорожденных	8	5,23	15	9,80	7	4,58	1	0,65	20,317	<0,001
Педиатрическое отделение	4	2,61	0	0	5	3,27	1	0,65	3,578	>0,05
Клинико-диагностическая лаборатория	13	8,50	12	7,84	11	7,19	0	0	7,161	>0,05
Кабинет функциональной диагностики	8	5,23	5	3,27	4	2,61	0	0	2,536	>0,05
Кабинет ультразвуковой диагностики	17	11,11	7	4,58	3	1,96	1	0,65	8,908	<0,05

Конкретизируя проблемы, связанные с оснащением клинично-диагностических лабораторий, 45 респондентов (29,4%) отметили обязательные лабораторные исследования, которые не выполняются по причине отсутствия оборудования либо расходных материалов, а именно: ПЦР-диагностика инфекций, передающихся половым путем, и гепатита (18 чел.); некоторые биохимические анализы, в том числе, КЩС крови (10 чел.); определение гормонов (9 чел.); определение D-димеров (3 чел.); определение билирубина у новорожденных микрометодом (3 чел.); выполнение тромбозограммы (3 чел.); определение онкомаркеров (3 чел.). Более половины всех ответов (51,1%), в которых была высказана неудовлетворенность полнотой анализов, выполняемых клинично-диагностическими лабораториями, относились к перинатальным центрам первого технологического уровня.

Не установлена зависимость оснащенности оборудованием приемных, родильных и педиатрических отделений от технологического уровня перинатальных центров ($p > 0,05$). Достоверно значимая неудовлетворенность респондентов оборудованием анестезиолого-реанимационных отделений и отделений для новорожденных отмечена в отношении перинатальных центров второго техно-

логического уровня: $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно (табл. 2).

Оценить оснащенность оборудованием структурных подразделений затруднились 69 респондентов (26,04%). Среди врачей-специалистов, которые затруднились с ответом на данный вопрос, 11 чел. (7,2% из всех принимавших участие в исследовании) были руководителями перинатальных центров первого технологического уровня, и более половины из них (6 чел., 54,5%), не имели никакой квалификационной категории. Данный факт свидетельствует о недостаточной компетентности руководителей перинатальных центров первого технологического уровня в вопросах материально-технического обеспечения возглавляемых ими организаций. Следует отметить, что в постановлениях коллегий Министерства здравоохранения Республики Беларусь, главных управлений по здравоохранению облисполкомов неизменно подчеркивается важность подготовки руководителей всех уровней управления в системе здравоохранения в вопросах административно-хозяйственной деятельности. Основной вектор реализации этих поручений должен быть направлен на систему последипломного медицинского образования.

Одной из задач нашего исследования было изучение мнения респондентов относительно необходимости разработки и реализации в перинатальных центрах организационных мероприятий, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям. Результаты анализа ответов представлены в табл. 3.

Респондентами предлагалась реализация в перинатальных центрах следующих организационных мероприятий: внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения при оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде (70 чел., 45,75%); командная организация работы медицинского персонала при оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде (67 чел., 43,79%); внедрение современных организационных технологий оказания помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде (64 чел., 41,83%); усиление мотивации медицинского персонала на качественное оказание медицинской помощи (60 чел., 39,22%); преемственность в оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде (51 чел., 33,33%); разработка администрацией перинатальных центров четких алгоритмов оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде, особенно в

экстренных ситуациях (39 чел., 25,49%); экспертная оценка качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде со стороны вышестоящего органа управления (8 чел., 5,23%) (табл. 3).

Затруднились с ответом на предложенный вопрос 19 чел. (12,42%). Среди респондентов-руководителей (их заместителей) затруднившихся с ответом на данный вопрос, не было. В ответах руководителей (их заместителей) и врачей-специалистов, в том числе, заведующих отделениями, статистически значимые различия не выявлены ($p > 0,05$).

Особенно острой остается проблема поддержания жизнеобеспечения детей, родившихся раньше срока. Для обеспечения качества их дальнейшей жизни необходимо специальное высокотехнологичное оборудование нового поколения. Анализ научных литературных данных свидетельствует о внимании отечественных исследователей к вопросам, касающимся состояния и развития высокотехнологичной акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в организациях родовспоможения [1].

Результаты исследования показали, что 70 (45,75%) респондентов предложили активно внедрять в перинатальных центрах высокотехнологичные методы диагностики и лечения при оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде

Таблица 3

Организационные мероприятия, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде (мнение респондентов)

Организационные мероприятия	Всего (n=153)		Должности респондентов				χ^2	p
			Врачи-специалисты (n=122)		Руководители (их заместители) (n=31)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи	8	5,23	6	4,92	2	6,45	0,117	>0,05
Четкие алгоритмы оказания медицинской помощи	39	25,49	33	27,05	6	19,35	0,771	>0,05
Современные организационные технологии	64	41,83	47	38,52	17	54,84	2,704	>0,05
Высокотехнологичные методы диагностики и лечения	70	45,75	53	43,44	17	54,84	1,293	>0,05
Преемственность в оказании медицинской помощи	51	33,33	39	31,94	12	38,71	0,506	>0,05
Командная организация работы медицинского персонала	67	43,79	49	40,16	18	58,06	3,218	>0,05
Усиление мотивации медицинского персонала	60	39,22	46	37,70	14	45,16	0,577	>0,05

(табл. 3). При этом, оценка оснащенности перинатальных центров страны высокотехнологичным оборудованием по 5-балльной системе составила 3,24 [3,10÷3,38] балла. На первом технологическом уровне средняя оценка составила 2,84 [ДИ 2,62÷3,06] балла, на втором уровне – 3,2 [ДИ 2,93÷3,47] балла, на третьем уровне – 3,65 [ДИ 4,46÷3,85] балла, на четвертом уровне – 4,00 [3,24÷4,76] балла.

Установлено, что респонденты достоверно выше оценили внедрение высокотехнологичного оборудования на четвертом и третьем технологических уровнях ($p < 0,001$) (табл. 1). В ответах респондентов были указаны следующие современные высокотехнологичные методы диагностики и оказания медицинской помощи, внедренные в перинатальных центрах: выхаживание новорожденных детей с экстремально низкой массой тела при рождении; органосохраняющие методы лечения, в том числе, реконструктивно-пластические операции; лапароскопические методы миомэктомии; эндоскопические методы лечения эндометриоза; малоинвазивные техники лечения невынашивания беременности; лазерное рассечение и сваривание тканей при акушерских и гинекологических операциях; вспомогательные репродуктивные техно-

логии (ЭКО и др.); инвазивная лечебно-диагностическая фетоскопия плода в динамике беременности (рис. 1).

Следует отметить, что 53 респондента (34,6%) затруднились назвать высокотехнологичные методы, внедренные в перинатальных центрах страны, при этом, большинство из них (35 чел., 66,0%) работают в перинатальных центрах первого технологического уровня.

Работа перинатальных центров направлена не только на спасение жизни ребенка, но и на выхаживание его с минимально возможными отдаленными последствиями. Это достигается организацией слаженной работы междисциплинарной команды врачей-специалистов: акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, педиатров, медицинских генетиков, детских неврологов, диагностических подразделений, а также акушерок и медицинских сестер. Особенно важна организация командной работы специалистов перинатальных центров в работе дежурной бригады.

Эпидемия COVID-19 с особой остротой подчеркнула важность готовности медицинского персонала перинатальных центров к оказанию медицинской помощи в клинических ситуациях, когда



Рис. 1. Внедрение высокотехнологичных методов диагностики и оказания медицинской помощи в перинатальных центрах (мнение респондентов)

для решения сложных диагностических и лечебных задач требуется совместная работа группы высококвалифицированных специалистов.

В нашем исследовании командная организация работы медицинского персонала при оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде как одна из основных организационных технологий, необходимых для активного внедрения в перинатальных центрах страны, отмечена в ответах 67 респондентов (43,79%) (табл. 3). При этом, оценка организации командной работы по 5-балльной системе составила 3,88 [3,75÷4,01] балла. Статистически значимой разницы в организации командной работы в перинатальных центрах разных технологических уровней не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

Обеспечение и поддержание высокого уровня трудовой мотивации работников является одной из сложнейших управленческих задач любой организации здравоохранения. Организация медицинской деятельности крайне сложна, так как предполагает управление неоднородными производственными процессами, сложными технологическими схемами и разнородными категориями персонала. При этом, без высокого уровня мотивации медицинских работников невозможно достижение качественного и эффективного оказания медицинской помощи населению [15].

Мотивация медицинского персонала перинатальных центров как эффективная организационная технология была указана в анкетах 60 (39,22%) респондентов (табл. 3).

Организационные мероприятия, которые, по мнению врачей, принимавших участие в исследовании, будут способствовать усилению мотивации медицинских работников качественно оказывать медицинскую помощь, представлены в табл. 4.

Респонденты в ответах указали следующие организационные мероприятия, направленные на усиление мотивации медицинских работников: материальное поощрение (135 чел., 88,24%); моральное поощрение (65 чел., 42,48%); депремирование (24 чел., 15,69%); усиление контроля со стороны администрации (24 чел., 15,69%). 3 респондента отметили в своих ответах целесообразность уменьшения заполняемой врачами медицинской документации и один – создание условий для повышения профессионального уровня.

Руководители (их заместители) достоверно чаще, по сравнению с врачами-специалистами, предлагали организационные мероприятия, направленные на усиление контроля со стороны администрации: 13 чел. (41,94%) и 11 чел. (9,02%) соответственно ($p < 0,001$). Остальные организационные мероприятия, предлагаемые респондентами, не имели статистически значимых различий в ответах руководителей и врачей-специалистов ($p > 0,05$).

Затруднились назвать организационные мероприятия, которые способствуют повышению мотивации медицинских работников на повышение качества оказания помощи беременным и новорожденным в перинатальных центрах, 12 врачей-специалистов (7,84%). Среди руководителей (их

Таблица 4

Организационные мероприятия, направленные на усиление мотивации медицинских работников качественно оказывать медицинскую помощь (мнение респондентов, несколько вариантов ответов)

Организационные мероприятия	Всего (n=153)		Должности респондентов				χ^2	p
			Врачи-специалисты (n=122)		Руководители (их заместители) (n=31)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Материальное поощрение (премирование и др.)	135	88,24	109	89,34	26	83,87	0,713	>0,05
Моральное поощрение (награждение грамотой, объявление благодарности, положительный отзыв в Интернете, СМИ и т.п.)	65	42,48	50	40,98	15	48,39	0,554	>0,05
Депремирование за некачественное оказание медицинской помощи	24	15,69	16	13,11	8	25,81	3,011	>0,05
Усиление контроля со стороны администрации	24	15,69	11	9,02	13	41,94	20,254	<0,001

заместителей) респондентов, затруднившихся с ответом на данный вопрос, не было.

Для успешной организации труда медицинских работников важно опираться на личные мотивационные установки конкретной категории работников. В нашем исследовании изучены персональные мотивационные установки руководителей (их заместителей) и врачей-специалистов на качественное оказание медицинской помощи (табл. 5).

Сострадание к пациентам, моральный долг перед ними как основной личностный фактор, мотивирующий на качественное оказание медицинской помощи, указали в ответах 56 респондентов (36,60%). Стремление повысить свою профессиональную репутацию – значимый мотивационный фактор для 43 респондентов (28,10%); стремление к профессиональному карьерному росту – для 23 респондентов (15,03%); стремление получить максимальное материальное вознаграждение за свой труд – для 21 респондента (13,73%); опасение административной или уголовной ответственности за некачественное исполнение своих профессиональных обязанностей – для 3 респондентов (1,96%). Полученные результаты показали, что профессиональная репутация достоверно более значимый фактор для руководителей по сравнению с врачами-специалистами ($p < 0,05$). По остальным мотивирующим факторам достоверных различий в сравниваемых группах не выявлено ($p > 0,05$).

Успешный карьерный рост и высокая профессиональная репутация врача обеспечиваются возможностью непрерывного профессионального развития. Это могут быть любые формы обучения (от традиционных и формальных до самых инновационных и неформальных). При этом, важно понимать, что профессиональное развитие должно отвечать требованиям и интересам как органи-

зации здравоохранения, будь это амбулаторно-поликлиническая, больничная организация или органы управления здравоохранением, так и каждого врача [16].

Нами проанализированы формы непрерывного профессионального развития, наиболее эффективные по мнению респондентов, принимавших участие в исследовании (рис. 2). Каждый участник мог предложить не более трех форм. Чаще всего в ответах респондентов было указано участие в научно-практических конференциях и семинарах по специальности в стране и за рубежом. Такой вариант ответа предложили 114 респондентов (74,51%). Также были отмечены следующие формы непрерывного профессионального развития врачей: повышение квалификации на кафедрах БелМАПО (в других учреждениях образования) – 101 респондент (66,01%); обучение на рабочем месте (наставничество) – 54 респондента (35,29%); участие в мастер-классах на базе перинатальных центров – 38 респондентов (24,84%); наставничество – 35 респондентов (22,88%); самообразование с использованием Интернет-ресурсов – 30 человек (19,61%); самостоятельное изучение периодических научных изданий, учебников и монографий по специальности – 25 респондентов (16,34%); обучение в клинической ординатуре – 22 респондента (14,38%). Затруднились с ответом на данный вопрос 2 человека (1,31%) – заместители руководителей перинатальных центров третьего уровня.

Преемственность в оказании медицинской помощи, являясь одним из критериев ее качества, требует специальных усилий для ее организации. Для профилактики репродуктивных потерь необходима система четкого взаимодействия как между организациями родовспоможения, так и между всеми службами здравоохранения [17; 18].

Таблица 5

Персональные мотивационные установки респондентов на качественное оказание медицинской помощи (один вариант ответа)

Персональные мотивационные установки	Всего (n=153)		Должности респондентов				χ^2	P
			Врачи-специалисты (n=122)		Руководители (их заместители) (n=31)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Сострадание к пациенту	56	36,60	46	37,70	10	32,26	0,316	>0,05
Профессиональная репутация	43	28,10	29	23,77	14	45,16	5,598	<0,05
Карьера	23	15,03	21	17,21	2	6,45	2,241	>0,05
Материальное вознаграждение	21	13,73	18	14,75	3	9,68	0,538	>0,05
Опасение ответственности	3	1,96	2	1,64	1	3,23	0,324	>0,05
Затруднились ответить	7	4,58	6	4,92	1	3,23	0,162	>0,05

Преимственность при оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальных центрах как одна из важнейших организационных технологий отмечена в ответах 51 респондента (33,33%) (табл. 3). При этом, оценка преимущественности по 5-балльной системе составила 3,97 [3,85÷4,10] балла. Достоверной разницы в организации преимущественности при оказании акушерско-гинекологической помощи в перинатальных центрах разных технологических уровней не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

Основные направления деятельности по обеспечению преимущественности в перинатальных центрах: разработка и утверждение нормативных документов, регламентирующих показания для госпитализации на тот или иной технологический уровень; организация командной работы смежных специалистов, задействованных в оказании акушерско-гинекологической и неонатальной помощи беременным и новорожденным, обеспечивающей комплексный подход к профилактике нарушений здоровья женщины и ребенка; организация круглосуточных дежурств врачей-акушеров-гинекологов по оказанию экстренной акушерско-гинекологической помощи; осуществление выездов в перинатальные центры всех технологических уровней сотрудников кафедр медицинских университетов, БелМАПО, РНПЦ «Мать и дитя» для оказания экстренной и плановой лечебно-консультативной, организационно-методической помощи; информирование главных врачей организаций здравоохранения о фактах перинатальных потерь

среди прикрепленного населения и о результатах разбора каждого случая на лечебно-контрольной комиссии или на перинатальном совете; информирование руководителей административных территорий о наличии дефектов в наблюдении и обследовании пациентов на амбулаторном и стационарном этапах оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи. Обратная связь и преимущественность между перинатальными центрами на всех уровнях обеспечиваются письменным информированием о дефектах оказания медицинской помощи.

В нашем исследовании респондентам предлагалось указать основные проблемы, мешающие обеспечению преимущественности в работе перинатальных центров. Лишь 7 чел. (4,6%) ответили, что преимущественность в оказании перинатальной помощи в их центре на должном уровне. Большинство респондентов, 102 человека (66,7%), затруднились с ответом. Нет четкой координации работы различных служб и специалистов – такой ответ дали 18 респондентов (11,8%), не налажена связь с другими организациями здравоохранения по поводу дальнейшего лечения и наблюдения пациентов – ответ 17 респондентов (11,1%), нет коллегиальности в разработке акушерской тактики ведения родов – ответ 11 респондентов (7,2%), недостаточная преимущественность с женской консультацией в принятии решения о госпитализации – ответ 6 респондентов (3,9%).

Внедрение IT-технологий в организациях здравоохранения является одним из приоритетных на-

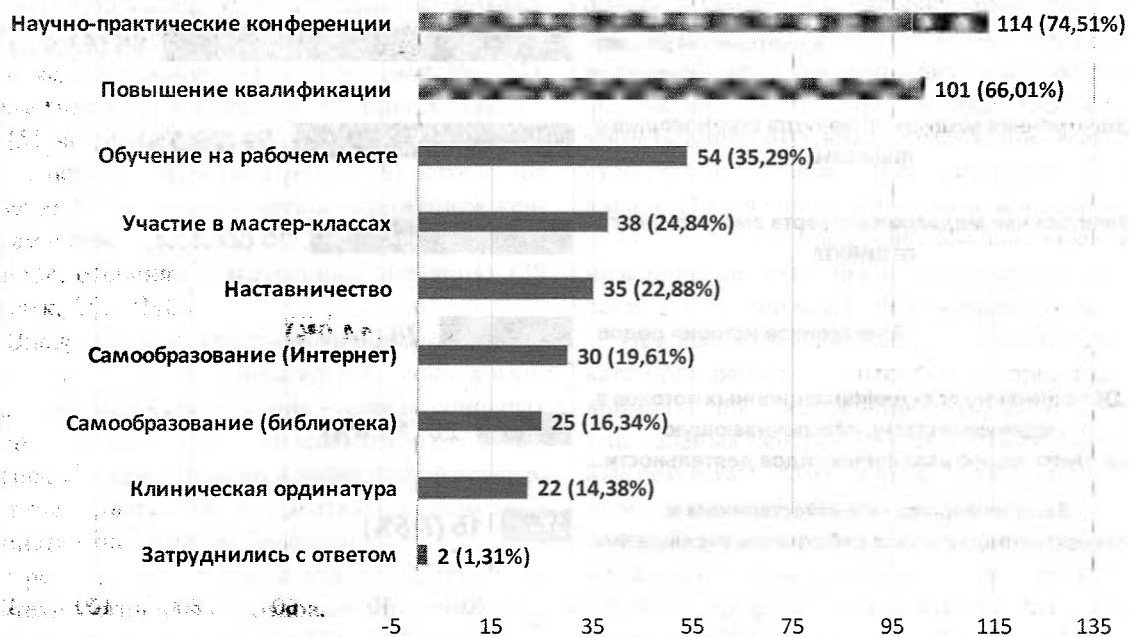


Рис. 2. Наиболее эффективные формы непрерывного профессионального развития (мнение респондентов)

правлений развития отрасли в соответствии с государственной программой «Цифровое развитие Беларуси» на 2021–2025 годы [19]. Данное направление активно развивается и в системе родовспоможения страны, что позволяет повышать эффективность контроля над ходом оказания медицинской помощи, финансами, ведением документации, использованием коечного фонда и др.

Средняя оценка респондентами внедрения информационных технологий в перинатальных центрах страны по 5-бальной системе составила 3,22 [ДИ 3,08÷3,36] балла. На первом технологическом уровне средняя оценка составила 3,22 [ДИ 3,02÷3,36] балла, на втором уровне – 2,73 [ДИ 2,44÷3,03] балла, на третьем уровне – 3,40 [ДИ 3,15÷3,66] балла, на четвертом уровне – 4,00 [3,24÷4,76] балла (табл. 1). Установлено, что респонденты достоверно выше оценили внедрение высокотехнологичного оборудования на четвертом технологическом уровне ($p < 0,001$).

В ответах респондентов были указаны следующие информационные технологии, которые используются в перинатальных центрах: электронная медицинская карта амбулаторного пациента; электронная медицинская карта стационарного пациента; электронная история родов; электронный рецепт; информационная поддержка врачей при консультировании, диагностике и принятии решений при неотложных состояниях (телекон-

сультации); банк информации о качественном и количественном составе работников организации; объединение всех информационных потоков в единую систему, обеспечивающую автоматизацию различных видов деятельности организации (кадры, бухгалтерия и пр.) (рис. 3).

Заключение. Оценка оказания акушерско-гинекологической и перинатальной медицинской помощи в перинатальных центрах страны на разных технологических уровнях проводилась по следующим критериям: эффективность управления; оснащенность медицинским оборудованием, в том числе, высокотехнологичным; организация командной работы специалистов; внедрение информационных технологий; квалификация врачей-специалистов; обеспеченность лекарственными средствами; соблюдение санитарно-противоэпидемического режима; работа лабораторной службы; преемственность при оказании перинатальной помощи; доступность консультаций смежных специалистов.

Результаты исследования показали, что имеется настоятельная необходимость совершенствования материально-технического оснащения перинатальных центров на всех технологических уровнях. Самые низкие баллы были выставлены респондентами по критерию оснащенности медицинским оборудованием. Средняя оценка по данному критерию составила 3,53 [ДИ95% 3,40÷3,66]



Рис. 3. Внедрение информационных технологий в перинатальных центрах (мнение респондентов)

балла. Достоверные различия оценок оснащенности перинатальных центров в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи не выявлены ($p > 0,05$).

Основные проблемы с медицинским оборудованием, по мнению респондентов, принимавших участие в исследовании, касаются лабораторно-диагностических подразделений перинатальных центров: оснащением клинично-диагностических лабораторий не удовлетворены 36 человек (23,53%); кабинетов функциональной диагностики 17 человек (11,11%); кабинетов ультразвуковой диагностики 28 человек (18,30%). При этом, оснащение кабинетов ультразвуковой диагностики достоверно хуже в перинатальных центрах первого уровня ($p < 0,05$).

Выявлена неудовлетворительная компетентность руководителей перинатальных центров первого технологического уровня в оценке состояния материально-технической базы своих учреждений. 54,5% из них не имели никакой квалификационной категории. В связи с этим, необходимо усилить контроль последипломной подготовки руководителей в вопросах административно-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения на всех уровнях управления.

Основные организационные мероприятия, предлагаемые для активного внедрения в перинатальных центрах страны: внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения (70 человек, 45,75%); командная организация работы медицинского персонала (67 человек, 43,79%); внедрение современных организационных технологий (64 человека, 41,83%); усиление мотивации медицинского персонала на качественное оказание медицинской помощи (60 человек, 39,22%); преимущество в оказании медицинской помощи (51 человек, 33,33%); разработка администрацией перинатальных центров четких алгоритмов оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям в перинатальном периоде, особенно в экстренных ситуациях (39 человек, 25,49%).

Внедрение высокотехнологичной акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в учреждениях родовспоможения – один из основных организационно-технологических подходов для обеспечения качественной и эффективной акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в перинатальных центрах Беларуси.

Средняя оценка респондентами внедрения высокотехнологичного оборудования в перинатальных центрах составила 3,24 [ДИ 3,10÷3,38] балла. На первом технологическом уровне средняя

оценка составила 2,84 [ДИ 2,62÷3,06] балла, на втором уровне – 3,2 [ДИ 2,93÷3,47] балла, на третьем уровне – 3,65 [ДИ 4,46÷3,85] балла, на четвертом уровне – 4,00 [3,24÷4,76] балла. Установлено, что респонденты достоверно выше оценили внедрение высокотехнологичного оборудования на четвертом и третьем технологических уровнях ($p < 0,001$).

Спасение жизни ребенка, его выхаживание с минимально возможными отдаленными последствиями достигается организацией слаженной работы междисциплинарной команды врачей-специалистов: акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, педиатров, медицинских генетиков, детских неврологов, диагностических подразделений, а также акушерок и медицинских сестер. В нашем исследовании командная организация работы медицинского персонала при оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям отмечена респондентами как одна из основных организационных технологий, необходимых для активного внедрения в перинатальных центрах страны. На значимость организации командной работы персонала в перинатальных центрах указано в ответах 67 респондентов (43,79%), при этом оценка организации командной работы по 5-балльной системе составила 3,88 [3,75÷4,01] балла. Статистически значимой разницы в организации командной работы в перинатальных центрах разных технологических уровней не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

Трудовая мотивация медицинских работников – одна из сложно управляемых организационных технологий в системе здравоохранения. Вместе с тем, очевидно, что без высокого уровня мотивации медицинского персонала невозможно достижение качественного и эффективного оказания медицинской помощи населению. Большинство респондентов в ответах указали на материальное (135 человек, 88,24%) и моральное (65 человек, 42,48%) поощрение как основные организационные технологии, направленные на усиление мотивации медицинских работников.

Личные мотивационные установки конкретной категории работников необходимо принимать во внимание для успешной организации труда в перинатальных центрах на всех уровнях. Полученные результаты позволили установить, что основными личными факторами, мотивирующими врачей, работающих в перинатальных центрах, являются: сострадание к пациентам – 56 респондентов (36,60%); профессиональная репутация – 43 респондента (28,10%); карьерный рост – 23 респондента (15,03%); материальное вознаграждение –

21 респондент (13,73%); опасение административной или уголовной ответственности – 3 респондента (1,96%).

Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников является одним из основных вопросов в обеспечении эффективной акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в перинатальных центрах страны. По мнению врачей, принимавших участие в исследовании, наиболее эффективными формами профессионального развития медицинского персонала в перинатальных центрах являются участие в научно-практических конференциях и семинарах по специальности в стране и за рубежом – 114 респондентов (74,51%); повышение квалификации на кафедрах БелМАПО (в других учреждениях образования) – 101 респондент (66,01%); обучение на рабочем месте – 54 респондента (35,29%).

Преимущество в оказании перинатальной помощи – одна из ключевых организационных технологий. Тот факт, что большинство респондентов, 102 человека (66,7%), затруднились с ответом на вопрос об основных проблемах перинатальных центров в контексте преимуществ оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи, свидетельствует либо об игнорировании данной проблемы руководителями перинатальных центров, либо об их недостаточной информированности о роли данного фактора в обеспечении качественной перинатальной помощи беременным и новорожденным. Очевидно, что на всех технологических уровнях следует обеспечить разработку и внедрение организационных мероприятий по обеспечению преимуществ акушерско-гинекологической и неонатальной помощи.

В системе родовспоможения страны активно развивается внедрение информационных технологий, что позволяет повышать эффективность контроля за ходом оказания акушерской, неонатальной и перинатальной помощи, финансами, ведением документации, использованием коечного фонда и др. Средняя оценка респондентами внедрения информационных технологий составила 3,22 [ДИ 3,08÷3,36] балла. Установлено, что респонденты достоверно выше оценили внедрение высокотехнологического оборудования на четвертом технологическом уровне ($p < 0,001$).

Литература

1. Гнедько, Т.В. Технологии выхаживания недоношенных детей: индикаторы эффективности внедрения / Т.В.Гнедько // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т.66, №3. – С.102–109.
2. Состояние здоровья детей в Республике Беларусь: успехи и перспективы / К.У.Вильчук, Л.А.Легкая, В.И.Волчок, Е.А.Улезко, М.Г.Девялтовская // Пе-

диатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019. – №3 [Материалы 9-го конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания». «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и 3-го форума по питанию, Душанбе, 10–11 окт. 2019 г.]. – С.81.

3. Мосько, П.Л. Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в учреждении здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области» (социологический анализ) / П.Л.Мосько, Т.В.Калинина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – №4 (113). – С.86–95.
4. Муханбетова, Г.Б. Оценка удовлетворенности перинатальной помощью населения Актюбинской области: поперечное исследование / Г.Б.Муханбетова, С.К.Бермагамбетова, А.Н.Гайдай // Фармация Казахстана. – 2022. – №4. – С.192–198.
5. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в условиях федерального перинатального центра [Электронный ресурс] / Д.О.Иванов, К.Е.Моисеева, А.В.Алексеева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения: Электронный научный журнал. – 2020. – №2 (66). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1153/30/lang,ru/>. – Дата доступа: 21.06.2022.
6. Моисеева, К.Е. Оценка удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения [Электронный ресурс] / К.Е.Моисеева, В.К.Юрьев // Социальные аспекты здоровья населения: Электронный научный журнал. – 2020. – №4 (66). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1185/30/lang,ru/>. – Дата доступа: 21.06.2022.
7. Социологические исследования как индикатор качества медицинской помощи в системе непрерывной профилактики перинатальной патологии [Электронный ресурс] / В.И.Стародубов, В.С.Ступак, О.М.Филькина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения: Электронный научный журнал. – 2012. – №4 (26). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/414/30/lang,ru/>. – Дата доступа: 21.06.2022.
8. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries [Electronic resource] / A.Srivastava, V.I.Avan, P.Rajbangshi, S.Bhattacharyya // BMC Pregnancy Childbirth. – 2015. – Vol.15. – Article number 97. – Mode of access: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0525-0>. – Date of access: 21.06.2022.
9. Ярославский, К.В. Удовлетворенность качеством медицинской помощи как основной показатель работы системы родовспоможения / К.В.Ярославский, В.К.Ярославский // Шаг в будущее: теоретические и прикладные исследования современной науки: Материалы XIII молодежной международ-

- ной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Санкт-Петербург, 25–26 апр. 2017 г. – Санкт-Петербург: CreateSpace, 2017. – С.61–65.
10. *Моисеева, К.Е.* Основные проблемы в профессиональной деятельности врачей-неонатологов мегаполиса [Электронный ресурс] / К.Е.Моисеева // Социальные аспекты здоровья населения: Электронный научный журнал. – 2020. – №1 (66). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1136/30/lang,ru/>. – Дата доступа: 21.06.2022.
 11. *Мостовой, А.В.* Состояние проблемы выхаживания недоношенных новорожденных в России сегодня: результаты опроса врачей-неонатологов / А.В.Мостовой // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – №7. – С.72–79.
 12. *Долженко, Ю.Ю.* Онлайн анкетирование как современный и эффективный способ исследования // Ю.Ю.Долженко, А.С.Позднякова // *Транспортное дело России*. – 2015. – №1. – С.109–110.
 13. Создавайте собственные онлайн-опросы бесплатно. Главная страница приложения Формы (Google Forms). – Режим доступа: <http://www.google.ru/intl/ru/forms/about/>. – Дата доступа: 21.06.2022.
 14. *Гланц, С.* Медико-биологическая статистика / С.Гланц. – М., Практика, 1998. – 459 с.
 15. *Костикова, А.Ю.* Мотивационные установки руководителей государственных медицинских организаций / А.Ю.Костикова, С.Н.Черкасов // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2017. – №2 (54). – С.54–56.
 16. *Гиббс, Т.* Непрерывное профессиональное развитие: продолжая учиться и развиваться (под ред. З.З.Балкизова) / Т.Гиббс, Л.В.Химион // *Медицинское образование и профессиональное развитие*. – 2011. – №1 (3). – С.53.
 17. *Кочорова, Л.В.* К вопросу о преемственности в лечении гинекологических пациентов в условиях обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] / Л.В.Кочорова, Б.Л.Цивьян // *Современные проблемы науки и образования*. – 2017. – №3. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26400>. – Дата доступа: 10.01.2023.
 18. *Ковалева, А.И.* Аспекты преемственности при наблюдении за женщинами высокой степени риска по материнской смертности в Брестской области / А.И.Ковалева, А.М.Дашко, Э.И.Мишук // *Охрана материнства и детства*. – 2011. – №2 (18). – С.96–97.
 19. О Государственной программе «Цифровое развитие Беларуси» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ.

ублики Беларусь, 2 февр. 2021 г., №66 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

ORGANIZATIONAL AND TECHNOLOGICAL ASPECTS OF MEDICAL CARE PROVIDING IN PERINATAL CENTERS OF THE REPUBLIC OF BELARUS (SOCIOLOGICAL ANALYSIS)

^{1,2}P.L.Mosko, ²T.V.Kalinina

¹Clinical Maternity Hospital of Minsk Region, 16, F.Skoriny Str., 220076, Minsk, Republic of Belarus

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Results of organizational and technological aspects of perinatal centers activity studying by expert opinion analyzing of medical specialists providing obstetric-gynecological and neonatal care have been presented in the article. Analysis was carried out according to following criteria: management efficiency; medical equipment availability; specialists' teamwork organization; information technologies implementation; continuity in perinatal care providing; availability of related specialists' consultations.

Keywords: perinatal center; organizational management technologies; obstetric-gynecological and perinatal care.

Сведения об авторах:

Мосько Петр Леонидович; УЗ «Клинический родильный дом Минской области», главный врач; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, аспирант; тел.: (+37529) 6620765; e-mail: petrmosko20@gmail.com.

Калинина Татьяна Владленовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», проректор по учебной работе, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6081556; e-mail: doctor13@list.ru.

Поступила 12.01.2023 г.