

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л. ШУПИКА**

**ПЕТРЕНКО ТЕТЯНА ГЕННАДІЇВНА**

УДК 614.2[618.2:616-082]: 001.8

**ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ АКУШЕРСЬКОЇ СТАЦІОНАРНОЇ  
ДОПОМОГИ, ЗОРІЄНТОВАНОЇ НА СІМ'Ю**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат дисертації  
на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Київ – 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович,**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», директор.

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор **Гапон Василь Олександрович,** ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я;

доктор медичних наук, професор **Сайдакова Наталія Олександрівна,** Інститут урології АМН України, завідувач відділу епідеміології та організаційно-методичної роботи.

Захист відбудеться ”27” листопада 2009 р., о 10:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 в Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія №6.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий “ \_\_\_\_ ” жовтня 2009 р.

**Вчений секретар спеціалізованої вченої ради,**

**к. мед. н., доцент**

**В. І. Бугро**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Стратегія розвитку акушерсько-гінекологічної служби в Україні базується на принципах ВООЗ: забезпечення доступу всіх верств населення до кваліфікованої допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування. Вона достатньо підтримана нормативною базою щодо забезпечення жіночого населення акушерсько-гінекологічною допомогою в т.ч. стаціонарною (Лазоришинець В.В., 2009; Моїсеєнко Р.О., 2008).

Актуальність дослідження значною мірою посилюється необхідністю виконання низки державних документів. Державні заходи щодо здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, визначені в Указі Президента України «Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»» (26.03.2001 р.) та Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., затвердженої постановою Кабінету Міністрів України (27.12.2006 р. №1849), а також в постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» (09.08.2001 р. №960), розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції безпечного материнства» 29.03.2002 р. №161-р. та «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002–2007 рр.» 01.07.2002р. №355-р. Зазначені документи передбачають удосконалення організації і діяльності акушерсько-гінекологічної служби, в т.ч. її стаціонарної ланки.

Особливий акцент надається впровадженню в клінічну практику новітніх медичних технологій (Гойда Н.Г., 2006, 2007; Степаненко А.В., 2007, 2008). Разом з тим недостатньо уваги в літературі приділяється питанню застосування сучасних організаційних стаціонарних акушерських технологій, що зорієнтовані на сім'ю (Слабкий Г.О., 2008). При тому, що вони, як свідчать дані літератури, сприяють поліпшенню репродуктивного здоров'я жінок, зниженню рівня материнської та дитячої захворюваності і смертності, ускладнень вагітності і пологів, а також узгоджуються з рекомендаціями ВООЗ та чинним законодавством України щодо охорони здоров'я матері та дитини (Шкіряк-Нижник З.А., 2007, 2008; Дудіна О.О., 2008, 2009).

Вищенаведене обумовило необхідність обґрунтування та розробку моделі і визначило його мету та завдання.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами**

Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідницької роботи «Удосконалення медичної допомоги населенню з особливими потребами промислового регіону» згідно з планом Донецького Національного медичного університету ім. М. Горького, номер державної реєстрації 0103U007883, термін виконання 2002–2007 рр.

Дослідження здійснювалось у відповідності до Національної програми «Репродуктивне здоров'я на 2001–2005 рр.», затвердженої Указом Президента України від 26.03.2001 р. №203/2001 та Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1849.

**Мета дослідження:** Науково обґрунтувати та розробити функціонально-структурну модель надання акушерської стаціонарної допомоги, яка зорієнтована на сім'ю.

**Завдання дослідження,** обумовлені метою, передбачали:

- оцінити стан організації медичної допомоги роділлям та породіллям в акушерському стаціонарі.
- вивчити та дослідити ставлення жінок, чоловіків та медичних працівників до запровадження в акушерському стаціонарі сучасних організаційних технологій, які зорієнтовані на сім'ю.
- науково обґрунтувати та розробити впровадження якісно нової функціонально-структурної моделі надання акушерської допомоги, зорієнтованої на сім'ю.
- оцінити ефективність запропонованої якісно нової функціонально-структурної моделі надання стаціонарної акушерської допомоги, зорієнтованої на сім'ю.

**Бази наукового дослідження:** пологові відділення ДОКТМО, ЦМКЛ №3 м. Донецька, міської лікарні м. Тореза Донецької області.

**Об'єкт дослідження:** традиційна та реформована система медичної стаціонарної акушерської допомоги.

**Предмет дослідження:** організація надання стаціонарної акушерської допомоги.

**Методи дослідження:**

- *системного аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем надання стаціонарної акушерської допомоги;
- *бібліосемантичний* – для вивчення минулих підходів до вирішення проблем надання стаціонарної акушерської допомоги;
- *соціологічний* – для дослідження проблем стаціонарної акушерської допомоги та шляхів їх вирішення;
- *статистичний* – для аналізу основних показників діяльності акушерських стаціонарів та оцінки розробленої та впровадженої моделей;
- *описового моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу та розробки якісно нової моделі надання стаціонарної акушерської допомоги;
- *експертних оцінок* – для оцінки обсягів медичних втручань;
- *натурного експерименту* – для апробації обґрунтованої та розробленої моделі.

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- виявлено особливості ставлення жінок, чоловіків та медичних працівників до впровадження сучасних організаційних технологій надання стаціонарної акушерської допомоги, яка зорієнтована на сім'ю.
- науково обґрунтовано та розроблено якісно нову функціонально-структурну модель надання стаціонарної акушерської допомоги, зорієнтованої на сім'ю.
- обґрунтовано концепцію підготовки медичних працівників до роботи в умовах діяльності нової функціонально-структурної моделі акушерської служби, а також різних верств населення до сприйняття та підтримки застосування новітніх організаційних технологій, соціальних нововведень в акушерській практиці.

**Теоретичне значення** результатів дослідження полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо удосконалення організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної медичної допомоги.

**Практичне значення** результатів наукового дослідження полягає в обґрунтуванні сучасного розвитку стаціонарної акушерської допомоги та широкому впровадженні результатів в роботу спеціалізованої акушерської служби на різних рівнях:

на галузевому рівні:

– матеріали дослідження використані наданням пропозицій до наказу МОЗ України від 29.12.2003 р. №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Розробці галузевих нововведень, підтриманих МОЗ та затверджених проблемною комісією МОЗ та АМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:

– Алгоритм організації медичної допомоги жінкам після абортів. // Реєстр галузевих нововведень. Київ 2006. – Випуск реєстра 24–25;

– Структурно-функціональна перебудова пологового будинку // Реєстр галузевих нововведень. Київ 2006. – Випуск реєстра 24–25;

– Функціонально-організаційна модель надання акушерсько-гінекологічної допомоги на рівні регіону // Реєстр галузевих нововведень. Київ, 2007. – Випуск реєстра 26–27.

Крім того, дві методичні рекомендації:

– Термальна заштита новороджених / Н. Я. Жилка, Г. А. Слабкий, В. Л. Подоляка [та ін.]. – К., 2004. – 33 с.

– Організація роботи денних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю / Н. Я. Жилка, В. М. Лобас, Г. О. Слабкий [та ін.] – Донецьк, 2004. – 35 с.

Розробці двох клініко-організаційних керівництв для лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я :

– Тактика ведення жінок з гіпертензією, яка викликана вагітністю / Б. М. Венцківський, Н. Я. Жилка, Т. Г. Петренко [та ін.]. – США–Київ, 2004. – 45 с.

– Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортів / Н. Я. Жилка, В. В. Камінський, Г. О. Слабкий [та ін.]. – К., 2006. – 76 с. (затверджено наказом МОЗ України від 25.07.2006 р. №518).

на регіональному рівні:

– для підготовки медичних працівників до запровадження сучасних технологій підготовлено навчальний посібник: Современные подходы к ведению физиологических родов в условиях акушерской помощи, ориентированной на семью / А. В. Чурилов., Ю. Г. Друпп, Т. К. Иркина [и др.]. – Донецк, 2005. – 50 с. (затверджено рішенням Вченої ради Донецького державного мед. університету. Протокол №3 від 28.04.2005 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Автор самостійно визначено мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи дослідження; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження; статистично опрацьовано матеріали; проведено комплексний аналіз організації акушерської стаціонарної медичної допомоги на

етапах: до впровадження сучасних організаційних акушерських технологій та після. Дисертантом розроблена якісно нова функціонально-структурна модель надання допомоги в акушерському стаціонарі та оцінена її ефективність. Особисто автором сформовані основні положення, висновки та практичні рекомендації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації доповідались та обговорені на форумах різного рівня:

– X конгрес світової федерації Українських лікарських товариств (Чернівці, 2004 р.); XI конгрес світової федерації Українських лікарських товариств (Полтава, 2006 р.); Міжнародна науково-методична конференція – „Сучасні технології вищої освіти” (Одеса, 27-30 вересня 2004 р.).

– результати представлені на Національному громадському слуханні з питань виконання Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001-2005” (Київ, 2005 р.); VIII з'їзд ВУЛТ (Івано-Франківськ, 21-22 квітня 2005; IV з'їзд фахівців з соціальної медицини та організації охорони здоров'я України (Житомир, 23-25 жовтня 2008 р.); Міжгалузева комплексна програма „Здоров'я нації” на 2002-2011 роки – крок до реформування галузі (Київ-Ужгород, 2006 р.); „Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти” (Ялта, 13-14 травня 2004р.); „Наука і освіта 2005” (Дніпропетровськ, 7-21 лютого 2005 р.); „Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005” (Полтава, 16-20 травня 2005 р.); Науково-практична конференція – „Медичні проблеми промислового регіону” (Київ, 29 червня 2003р.); „Медичні проблеми промислового міста” (Київ, 4 вересня 2003 р.); „Медичні проблеми промислового міста” (Донецьк, 25 грудня 2003 р.); „Актуальні питання охорони здоров'я Донбасу” (Донецьк, 22 вересня 2004 р.); „Охорона здоров'я великого промислового регіону: організаційні заходи до удосконалення” (Донецьк, 25 березня 2005 р.).

**Публікації.** Матеріали дисертації знайшли відображення в 4 статтях у наукових виданнях, затверджених ВАК України (в одноосібному авторстві – 1), 2 розділах монографій, 2 клініко-організаційних керівництвах, 1 навчальному посібнику, 2 методичних рекомендаціях, 24 в інших наукових працях.

Дисертація викладена на 149 стр. власного тексту, складається з вступу, аналітичного огляду наукової літератури, 5 розділів власних досліджень, заключення, висновків та практичних рекомендацій, 7 додатків. Містить 17 таблиць, 27 рисунків, 258 джерел використаної літератури в т.ч. 45 іноземних.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження.** Дослідження складалося із шести етапів, кожен із яких, у свою чергу, містив конкретні задачі другого порядку. Така багаторівнева структуризація роботи забезпечувала системність та послідовність виконання, оскільки дані, отримані на кожному попередньому етапі, логічно ставали основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

Програму, матеріали та методи дослідження представлено на рис.1.

Перший етап дослідження передбачав вивчення досвіду економічно розвинутих країн, у тому числі країн СНД та України з питань організації акушерської стаціонарної допомоги. Виконання поставленого завдання здійснювалося за допомогою системного підходу та історико-інформаційного методу. Другий етап

програми включав вибір напрямку дослідження, формування мети та завдань, обґрунтування його методів та обсягу. Під час третього організаційного етапу було проведено оцінку медичної допомоги роділлям та породіллям в акушерських стаціонарах до проведення дослідження. На четвертому етапі проводилося обґрунтування та розробка підходів до функціонально-структурної перебудови пологового відділення. Дослідження п'ятого етапу присвячено визначенню ставлення жінок, чоловіків та медичних працівників до впровадження сучасних організаційних акушерських технологій. Матеріали цього етапу взаємопов'язані з результатами досліджень попередніх III та IV етапів. Вони гармонійно доповнювали одне одного і дозволили одержати більш цілісну інформацію. Впровадження інноваційних організаційних технологій в діяльність стаціонарної акушерської допомоги проводилося на етапах дослідження з подальшим проведенням натурального експерименту та оцінкою його результатів. Це стало предметом вивчення на шостому етапі дисертаційної роботи.

Необхідність удосконалення організаційних технологій надання стаціонарної акушерської допомоги пов'язана з невідповідністю існуючих організаційних технологій досягненням кращої медичної практики та потребам жінок в якісній та ефективній допомозі.

Натурний експеримент було проведено в 3-х лікувально-профілактичних закладах: Донецькому обласному клінічному територіальному медичному об'єднанні м. Донецьк (відділення акушерської та екстрагенітальної патології), ЦМКЛ №3 м. Донецьк (пологове відділення міського центру по передчасних пологах), ЦМЛ м. Торез Донецької області (пологове відділення перинатального центру). Вибіркову сукупність вивчення склали 820 історій пологів, які розподілились по перерахованих медичних установах наступним чином – 257, 348 та 215 відповідно. Період вивчення результатів їх діяльності охоплював 6 років, три із яких (2001-2003 рр.) висвітлювали її до застосування новітніх технологій організаційного та соціального плану, три інших (2005-2007рр) – після впровадження.

Інформаційною базою дослідження стали облікові форми: 002/о – журнал обліку прийому вагітних, роділь, породіль; 010/о – журнал запису пологів у стаціонарі; 003-4/о – листок лікарських призначень; 008/о – журнал запису оперативних втручань у стаціонарі; 057/о – довідка для дільничного педіатра або сімейного лікаря; 013/о – обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні (відомості жінок консультації про вагітну); 096/о – історія пологів.

Об'єктивні дані були доповнені результатами опитування жінок, чоловіків та медичних працівників. Для чого були розроблені спеціальні анкети. Основне завдання медико-соціологічного дослідження відповідало його цільовій установці, тобто спочатку оцінити стан організації стаціонарної акушерської допомоги, а на наступних етапах вивчити ставлення до впровадження сучасних організаційних технологій в акушерських стаціонарах. Окрема увага приділялась вивченню рівня готовності медичних працівників до застосування сучасних технологій в клінічну практику. Відзначимо, що в даному випадку опитуванню підлягали різні верстви населення за статтю, віком, освітою, місцем проживання.

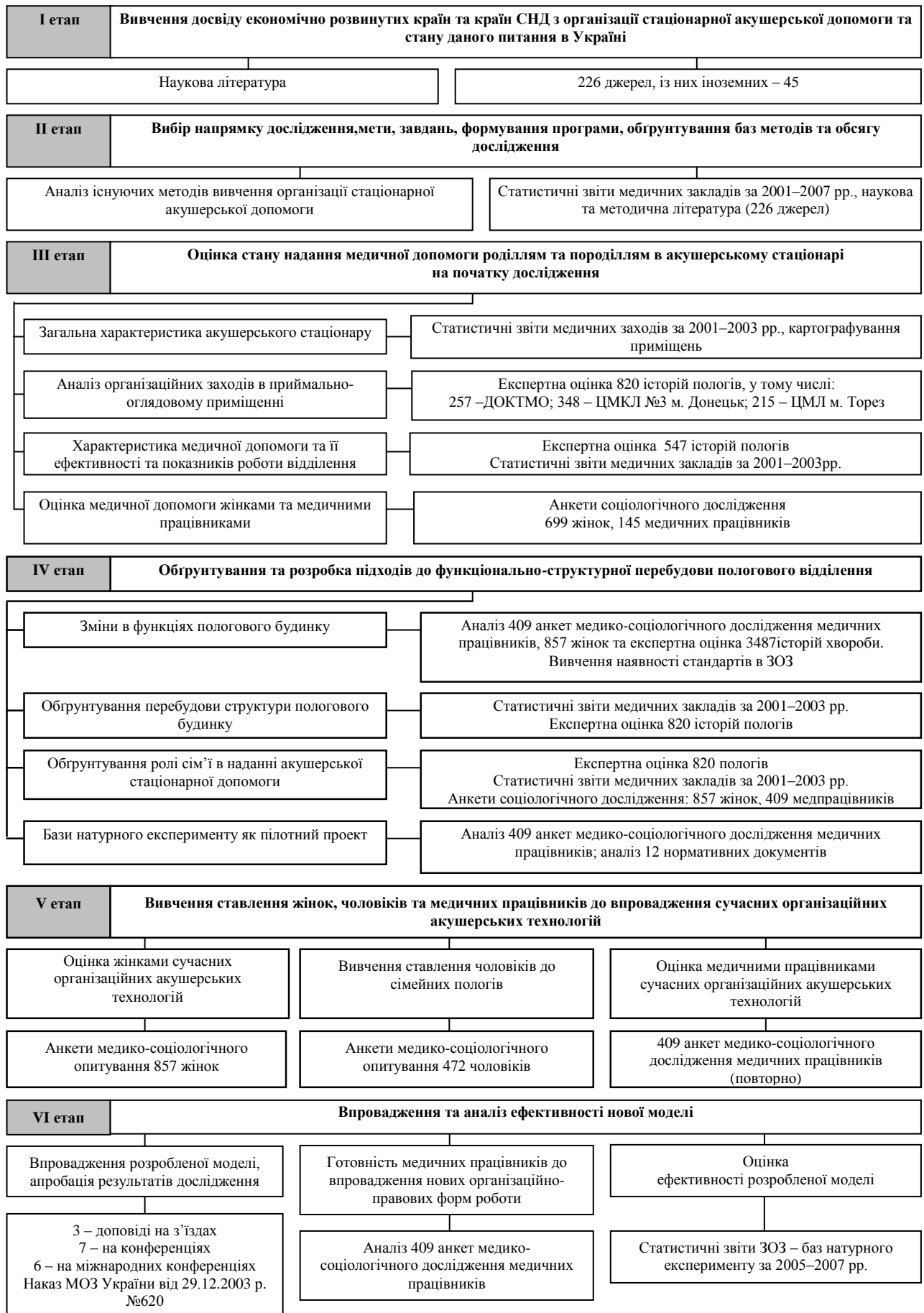


Рис. 1. Програма, матеріали та обсяги дослідження



Крім аналізу статистичної інформації та даних медико-соціологічного дослідження було використано метод експертних оцінок. Експертній оцінці підлягали у відповідності до зазначених вище обсягів історії пологів.

У проведеному дослідженні застосовувалось два типи аналізу: аналітичний з описом дослідження і синтетичний з поясненням одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків та залежностей між даними), завдяки чому встановлювались причинно-наслідкові відношення проблемних питань, об'єктивність яких ґрунтується на статистичних методах множинного аналізу (порівняльний аналіз тривимірних розподілів). У разі визначення узгодженості результатів експерименту з гіпотезою, відповідності даних вибіркового розподілу генеральній сукупності, використовувався критерій узгодженості  $\lambda$  Пірсона.

Для обробки анкет було використано пакет програм «MS Excel», який є комп'ютерною програмою аналізу первинної соціологічної інформації.

Вище викладений підхід дозволив науково обґрунтувати пропозиції щодо функціонально-структурної перебудови пологового будинку, за умови якої реальною стає можливість запровадження сучасних організаційних акушерських технологій, соціальних нововведень, що зорієнтованої на сім'ю.

Таким чином, при виконанні даної роботи використовувалися сучасні методи дослідження (системного підходу, експертних оцінок, медико-соціологічного, медико-статистичного та натурального експерименту) при обсягах, що забезпечили одержання репрезентативних результатів і дозволили зробити об'єктивні висновки.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що система надання стаціонарної акушерської допомоги не передбачає підтримки жінки чоловіком або членами її родини у складній та надзвичайно важливій ситуації народження дитини, а перші дні адаптації минають «за дверима» стаціонару.

Жінка, яка стала матір'ю, за час перебування в пологовому відділенні перебуває в ряді структурних підрозділів, які функціонально поєднані між собою, і в той же час кожен з них виконує своє завдання.

По суті вони скеровані для досягнення основної мети – народження здорової дитини, в кожному з них не тільки не враховується комфорт самої жінки та її психологічний стан, але й мають місце недоліки організаційного та медичного характеру.

Варто зауважити, що 28,4% вагітних доставлено до стаціонару не медичним транспортом. І якщо в 16,2% випадках використання особистого його виду знаходить своє пояснення власним бажанням, то в 12,2% використання попутного транспорту свідчить про недосконалість служби швидкої та невідкладної допомоги. Більшою мірою це стосується віддалених місць проживання.

Так, в ЦМЛ м. Тореза таким чином потрапило до лікарні кожна п'ята жінка, а в ДОКТМО на даний вид транспорту припадало 15,5%. Крім того, із загальної кількості вагітних (820 історій пологів) лише кожен третій госпіталізовано планово, це передбачало у більшій решті наявність різних факторів ризику розвитку ускладнень та екстрагенітальної патології. Зазначене підтверджується тим, що із 547 таких випадків 63,6% приходились на пологове відділення, що надає допомогу при невиношуванні вагітності, 15,5% - на ДОКТМО, де зосереджена тяжка екстрагенітальна патологія.

Таким чином, більшість вагітних вже при госпіталізації потребували до себе підвищеної уваги фахівців. Разом з тим, лише в МЦКЛ №3 м. Донецька всі вагітні, які були спрямовані до відділення патології вагітних та обсерваційного відділення, були оглянуті лікарем у приймально-оглядовому приміщенні, тоді як в ЦМЛ м. Тореза із 60,0% таких пацієнток тільки в 45,1% випадках, а в ДОКТМО така ситуація мала місце в 94,6%. Наведені дані об'єктивно підтверджують недоліки вже на етапі приймального відділення.

Важливими є дані про медичні втручання під час пологів. Так, у 55,3±1,7% випадків застосовуються пологостимулюючі, 61,2±1,7% знеболюючі, 42,4±1,7% гіпотензивні та 50,6±1,7% інші лікарські засоби. Хірургічні втручання виконувалися у 49,3±1,7%, у тому числі кесарський розтин від 6,5±0,8% до 33,4±1,6% випадків пологів в залежності від закладу охорони здоров'я. Рівень материнського травматизму складав до 12,9±1,1%. Середні терміни перебування породіль в акушерському стаціонарі становили від 5,0 до 11,3 дня. Результати опитування показали, що медичною допомогою в акушерському стаціонарі задоволено лише 22,5±1,4% породіль. Основними причинами незадоволеності явились: неможливість прийняти бажану позу під час переймів та пологів (82,3±1,3%), сильний біль під час переймів (97,2±0,5%), присутність у пологовій залі іншої роділлі (74,4±1,5%), неможливість спілкуватися із близькими (98,6±0,5%), відсутність психологічної підтримки (49,6±1,7%), непоінформованість про хід пологів – 92,4±0,4%, велика кількість в палаті породіль (87,4±1,1%).

Водночас аналіз відповідей медичних працівників у 36,5±1,6% засвідчив неможливість здійснення своєї професійної діяльності в повному обсязі. Вони пов'язані з недостатнім забезпеченням засобами для надання невідкладної допомоги (81,3±1,3%), моніторинговою та реанімаційною апаратурою (56,3±1,7%), одноразовим інструментарієм (31,3±1,6%) та засобами індивідуального захисту (25,0±1,5%). Суттєвим аспектом при вирішенні питання є встановлений факт, що 85,9±1,2% лікарів та 92,7±0,9% середніх медичних працівників вагітність і пологи сприймають як медичну проблему. При цьому тільки 18,7±1,3% лікарів акушерів-гінекологів інформовані про сучасні організаційні технології надання стаціонарної акушерської допомоги та 12,5±1,1% про діяльність акушерських стаціонарів у країнах Європи.

Історично склалося так, що бажаною метою роділлі є підтримка близької людини під час пологів. В українській системі акушерської служби відповідну допомогу та підтримку надають медичні працівники. Результати вивчення ставлення жінок, які народжували чи не народжували дітей, до впровадження сучасних організаційних акушерських технологій (мінімізація знеболюючих та пологостимулюючих засобів, зручне положення під час переймів та пологів, ведення партограми, присутність партнера у пологовому залі, використання домашніх речей у пологовому будинку) наведено в табл. 1.

Позитивне ставлення до партнерських пологів жінок (%)

Показник	Народжували	Не народжували
Мешканка села	58,4±2,2	60,4±2,4
Мешканка міста	76,4±2,1	74,8±2,1
Вік до 20 років	54,7±2,4	82,3±1,8
Вік 20-25 років	63,3±2,3	71,3±2,2
Вік 26-30 років	51,9±2,4	64,6±2,3
Вік старше 30 років	65,9±2,3	78,3±2,0
Неповна середня освіта	71,5±2,2	68,5±2,2
Середня освіта	61,2±2,4	75,5±2,1
Середня спеціальна освіта	58,6±2,4	78,4±2,0
Вища освіта	73,4±2,1	59,2±2,4
Працює	56,3±2,4	61,5±2,3
Тимчасово не працює	64,7±2,3	50,6±2,4
Домогосподарка	61,9±2,3	79,3±2,0
Навчається	79,4±2,0	84,8±1,7
Заміжня	69,4±2,2	81,4±1,9
Розлучена	48,4±2,4	32,6±2,3
Вдова	68,5±2,2	50,1±2,4
Цивільний шлюб	78,5±2,0	77,6±2,02
У шлюбі не була	63,8±2,3	47,3±2,4

Аналіз анкет опитування підтвердив необхідність структурно-функціональної перебудови пологового будинку, суть якої полягає в можливості відвідування жінки членами їх родини (91,8±1,3%); проведення пологів в індивідуальних пологових залах (84,8±1,7%); сумісного перебування дитини та матері після пологів (до 81,6±1,9%). Крім того, 94,4% жінок окремо вказали на необхідність підготовки сімейної пари до пологів на етапі жіночої консультації. В цілому результати проведених медико-соціологічних досліджень надали можливість виявити позитивне ставлення різних категорій жінок до функціонально – структурної перебудови пологових будинків з впровадження сучасних організаційних акушерських технологій, і в особливості проведенню партнерських пологів.

Вперше в Україні вивчалось й ставлення чоловіків до впровадження сучасних організаційних технологій.

Отримані дані вказують, що підтримують сімейні пологі переважно чоловіки, які проживають у місті. При цьому бездітні частіше висловлюють бажання бути поруч зі своїми дружинами під час народження дитини, ніж ті, які вже мають дітей. Найчастіше сімейні пологі підтримують молоді чоловіки: до 20 років 84,6±1,7% бездітні, серед тих хто має дітей у віці 20–25 років (81,5±1,9%).

Виявлено певну відмінність у ставленні до сімейних пологів чоловіків залежно від рівня їх освіти. Позитивне відношення простежено у 81,1±1,9% з вищою та у 59,7±2,1% із середньою освітою. При цьому, вперше одружені підтримують сімейні пологі у 82,3±1,8% випадків, а повторно одружені – на 30,6±2,2% менше.

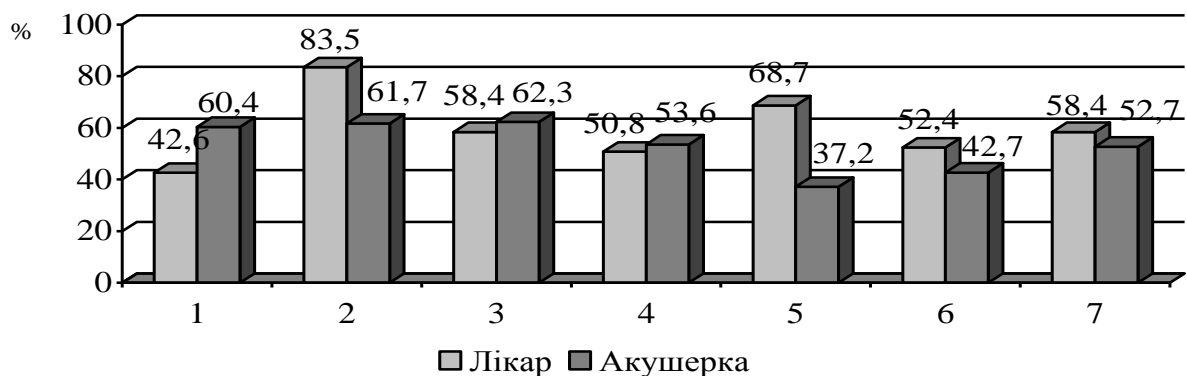
При підтримці чоловіками впровадження сімейних пологів головними вимогами, які висунули респонденти, є: індивідуальний підхід до участі чоловіка у процесі підтримки жінки під час пологів ( $67,3 \pm 2,3\%$ ); активна підготовка сім'ї до сімейних пологів та участь батька і матері у догляді за новонародженим ( $89,7 \pm 1,5\%$ ), при цьому  $54,7 \pm 2,4\%$  опитаних вказали на необхідність проведення занять у зручний для сім'ї час (неробочий для чоловіка) та  $62,4 \pm 2,3\%$  – на індивідуальність певної частини цих занять.

Результати вивчення ставлення медичних працівників до запровадження сучасних організаційних технологій надання медичної допомоги роділлям та породіллям в рамках якісно нової моделі надання акушерської стаціонарної допомоги наведено на рис. 2.

Розуміючи, що впровадження сучасних організаційних технологій значно підвищить навантаження та рівень відповідальності частина медичних працівників не підтримала їх впровадження. Серед організаційних заходів які на початку натурального експерименту знайшли найменшу підтримку, були партнерські пологи ( $42,6 \pm 13,2\%$  лікарів та  $60,4 \pm 7,3\%$  середніх медичних працівників), відвідування породіллі членами сім'ї ( $50,8 \pm 8,6\%$  та  $53,6 \pm 7,4\%$  відповідно), використання домашніх речей для матері і дитини ( $52,4 \pm 12,8\%$  та  $49,7 \pm 7,6\%$  відповідно), сприйняття мати і дитини як єдиного цілого в організації медичного догляду (акушерки  $37,2 \pm 9,0\%$ ).

На основі отриманих під час дослідження даних, аналізу зарубіжної літератури, досвіду передових клінік світу було розроблено загальні підходи до функціонально-структурної перебудови пологових будинків.

Організація акушерських стаціонарів передбачає створення індивідуальних пологових палат у відповідності до вимог Законодавства України щодо конфіденційності стану здоров'я пацієнта, забезпечення комфортних умов спільного перебування в них матері та новонародженого з метою забезпечення дотримання «теплого ланцюжка» та профілактики інфекційних захворювань у породіль та новонароджених.



1. Партнерські пологи
2. Індивідуальні пологові зали
3. Отримання інформованої згоди на медичні втручання
4. Відвідування породіллі членами родини
5. Мати та дитина єдине ціле в організації медичного догляду
6. Використання домашніх речей для матері та немовля
7. Вагітність та пологи не медичне явище, а природний процес

Рис. 2. Позитивне ставлення медичних працівників до якісно нової моделі надання акушерської стаціонарної допомоги (%)

Обладнання індивідуальної пологової палати передбачає: функціональне ліжко або ліжко-трансформер для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації; засоби для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), сповивальний столик. Після пологів мати й дитина спільно перебувають до виписки зі стаціонару.

При цьому медичним персоналом акушерського стаціонару дозволяється присутність партнера, не більше 2 осіб (чоловіка, членів родини, близьких друзів) на пологах відповідно до порядку, затвердженого головним лікарем ЗОЗ з урахування бажання родиллі. Присутність членів родини за наявності в них туберкульозу або гострих проявів інфекційного захворювання в акушерському стаціонарі не допускається. Особи, присутні при пологах, повинні бути в чистому домашньому одязі та змінному взутті. Дозволяється також відвідування матері (з урахуванням її бажання) і дитини в акушерському стаціонарі близькими родичами (не більше 2 осіб одночасно) та їх допомога в догляді за новонародженим і породіллю. Можливість відвідування породіллі членами родини до 14 р. вирішується головним лікарем стаціонару. При цьому необхідною умовою є дотримання вимог ведення пологів, післяпологового періоду та догляду за новонародженим відповідно клінічних протоколів, затверджених МОЗ: виписка з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду здійснюється на 3-ю добу після пологів.

Результат дослідження представлений розробкою якісно нової структурно-функціональної моделі стаціонарної акушерської допомоги, яка ґрунтується на отриманих в ході дослідження даних (рис. 3).

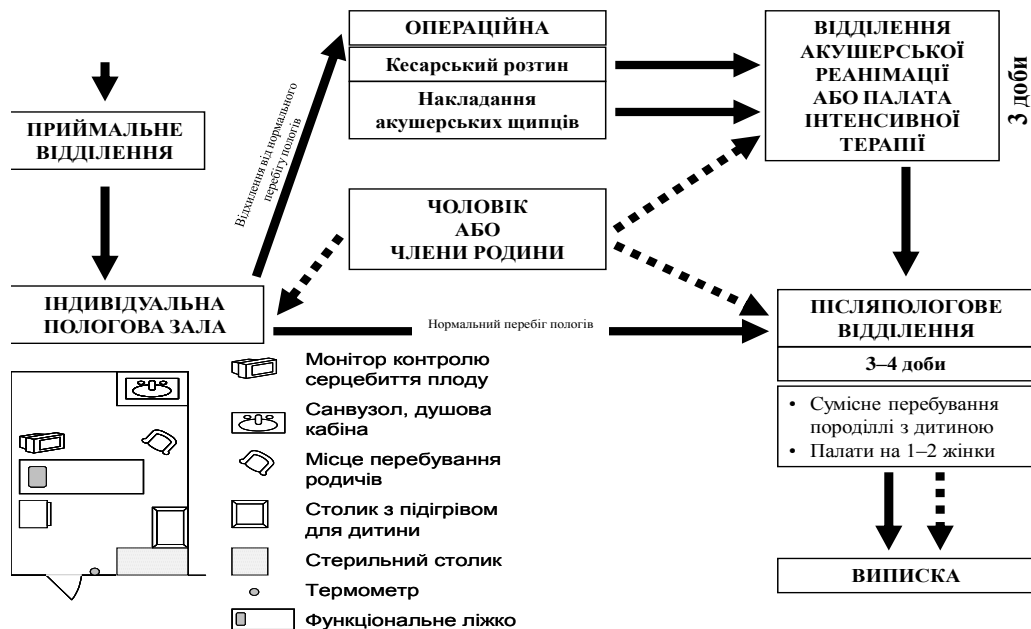


Рис. 3. Функціональна-структурна модель надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним, роділлям та породіллям

Реальне забезпечення сприятливих умов для перебування жінки та дитини і їх відвідування родичами потребувало розробки принципово нової структури індивідуальної пологової зали з повним циклом (рис. 4).

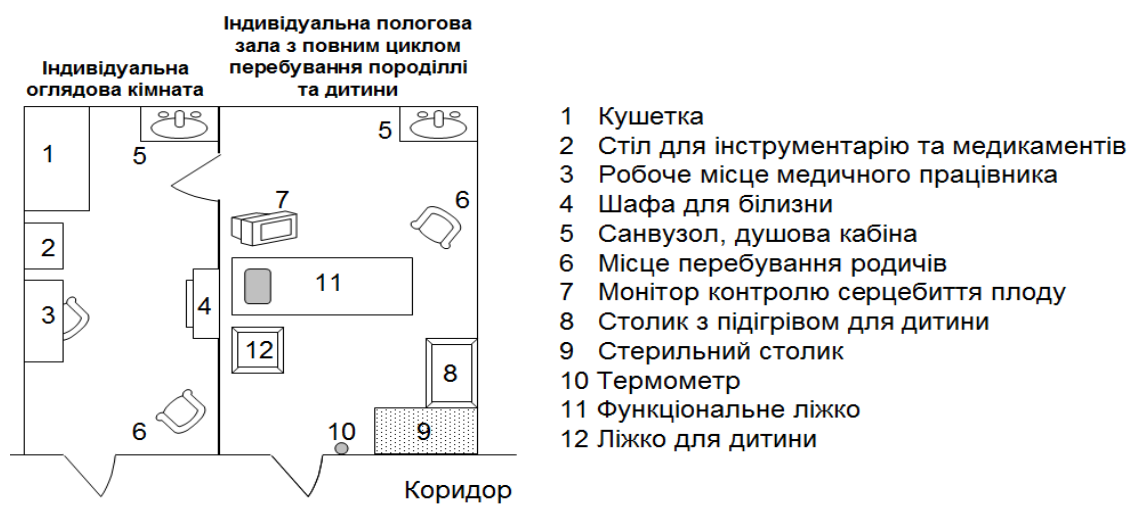


Рис. 4. Принципова схема індивідуальної пологової зали з повним циклом перебування породіллі

Як видно з рис. 4, роділля (вагітна) поступає до пологової зали (палати) через індивідуальну приймально-оглядову кімнату, де народжує дитину і перебуває до виписки із неї зі своєю дитиною. Через індивідуально-оглядову кімнату жінку та дитину відвідують родичі. Для медичних працівників є вхід із коридору пологового будинку.

Стратегічним напрямком запропонованої функціонально-структурної перебудови діяльності пологового відділення (будинку) є забезпечення медичної допомоги роділлям, породіллям, зорієнтованої на сім'ю.

Тактичним напрямком моделі стало обґрунтування переходу визначення вагітності та пологів від медичної проблеми до фізіологічного процесу, в рішенні якого повинна приймати участь сім'я вагітної жінки.

Особливістю побудови функціонально-структурної моделі перебудови стало включення до неї існуючих складових надання рододопоміжної допомоги на всіх рівнях з надання їм нових функціональних засад, які полягають в участі, за бажанням жінки, членів сім'ї в процесі її підтримки при народженні дитини. Підкреслимо, що такий підхід не потребує значних фінансових затрат, проте надає моделі, як системи, нових якостей, які були обрані за мету наукового дослідження.

У той же час, на відміну від існуючої моделі надання акушерської допомоги, запропонована модель забезпечує системність і комплексність у вирішенні проблеми; визначає роль сім'ї в підготовці до появи на світ дитини та психологічної підтримки жінки близькими людьми в процесі пологів та в післяпологовому періоді; забезпечуючи конфіденційність процесу пологів та дозволяє уникнути медико-соціальних проблем, які пов'язані з процесом пологів та післяпологового періоду, під час перебування жінки в акушерському стаціонарі.

Більш того, у відповідності до даних найкращої медичної практики, мінімізуються медичні втручання в ході пологів та в післяпологовому періоді. Мінімізація методів інвазивного втручання дозволяє значно знизити ризик внутрішньолікарняного інфікування як пацієнтів, так і медперсоналу.

З цією метою дотримуються таких вимог, які підтверджені доказовими даними: гоління волосся на лобку вагітної, очисні клізми рутинно не застосовуються;

кількість внутрішніх акушерських досліджень повинна бути оптимально обмеженою згідно з партограмою; обмеження показань для медикаментозного знеболювання, чому сприяють партнерські пологи; кесарський розтин застосовується за показаннями відповідно до діючого клінічного протоколу; слиз з ротової порожнини новонародженого відразу після народження видаляється лише за необхідності одноразовою стерильною грушею або катетером з електровідсмоктувачем; перевірка прохідності стравоходу у здорових новонароджених рутинно не проводиться; катетеризація сечового міхура породіллі проводиться лише за показаннями; обробка швів на промежині спеціальними розчинами не проводиться, достатньо дотримання жінкою правил особистої гігієни; виконання вимог клінічних протоколів, проведення лікувально-діагностичних процедур.

Беручи до уваги виявлені особливості підготовки установ, ставлення медичних працівників до впровадження новітніх організаційних стаціонарних нововведень були розроблені шляхи впровадження моделі. А саме підготовчий: аналіз організації стаціонарної акушерської допомоги, матеріально-технічного та кадрового забезпечення на їх відповідність вимогам запровадження сучасних організаційних акушерських технологій і можливості використання під час оптимізації діяльності, розробка плану впровадження; впровадження: підготовка необхідної нормативної бази, організація індивідуальних пологових залів, у тому числі з повним циклом перебування породіль, навчання лікарів та середніх медичних працівників, підготовка подружніх пар; безперервне навчання медичних працівників в закладі охорони здоров'я, контроль за ефективністю впровадження технологій за визначеними індикаторами якості.

Розроблено методику контролю впровадження моделі та якості надання акушерської стаціонарної допомоги шляхом організації діяльності професійної комісії контролю використання сучасних технологій та якості надання медичної допомоги. Окремо слід наголосити на розробленій комплексній програмі підготовки як фахівців до роботи в умовах функціонування нової моделі, так і різних верств населення до адекватного сприйняття та переваг використання сучасних соціальних та організаційних нововведень.

Ефективність моделі доведена на базах натурального експерименту. Представляємо її результати по закладах.

ДОКТМО: при рівні партнерських пологів 76,2% скорочення питомої ваги кесарських розтинів на 10,7%, епізіотомій на 10,4%, материнського травматизму на 5,7% та зменшення використання лікарських засобів на 30,7%;

Міська лікарня м. Тореза: при рівні партнерських пологів 73,7% скорочення питомої ваги епізіотомій на 16,2%, материнського травматизму на 6,5% та зменшення використання лікарських засобів на 27,7%;

ЦМКЛ №3 м. Донецька: при рівні партнерських пологів 97,6% скорочення питомої ваги кесарських розтинів на 12,2%, епізіотомій на 28,8%, зростання фізіологічних пологів на 25,8% та скорочення середніх термінів перебування в акушерському стаціонарі на 9,8 дня.

Перебудова пологових залів на індивідуальні здійснена в ЦРЛ м. Димитрів, та в ЦМЛ №2 м. Макіївка, де збудований і працює пологовий блок з повним циклом перебування.

На підставі аналізу даних натурального експерименту ставлення до сучасних технологій жінок, чоловіків і медичних працівників нами здійснена комплексна порівняльна характеристика традиційної та нової моделі надання стаціонарної акушерської допомоги, яка висвітлює переваги останньої (табл. 2).

Таблиця 2

Переваги сучасних технологій акушерської допомоги над традиційними

Традиційні	Сучасна
1. Вагітність та пологи сприймаються як медична проблема	1. Вагітність та пологи сприймаються як природний фізіологічний процес
2. Психологічну підготовку у жіночій консультації проходить тільки вагітна жінка	2. Навчання в школі «Відповідального батьківства» проходить сумісно вагітна жінка та її чоловік, схвалюється участь інших членів родини
3. Медичний персонал виносить рішення про лікування з позиції власного досвіду та авторитету	3. Сім'я бере участь у прийнятті відповідних рішень за умов інформованості лікарем з позиції доказової медицини та разом з медичним персоналом складає єдину команду
4. Різні етапи пологів та догляду відбуваються в різних приміщеннях	4. Всі етапи пологів в одному приміщенні
5. Відвідування родичів заборонені	5. Схвалюється за бажанням матері присутність близьких людей
6. Чоловіка не інформують про перебіг пологів	6. Схвалюється участь чоловіків під час пологів
7. Не дотримується приватність та конфіденційність процесу пологів	7. Ретельне дотримання приватності
8. Ставлення медичного персоналу функціональне	8. Ставлення медичного персоналу чутливе
9. Забороняється використовувати домашні речі як матері, так і дитини	9. Схвалюється використання домашніх речей як матері, так і дитини
10. Виписка зі стаціонару не раніше шостої доби після пологів	10. Виписка зі стаціонару не пізніше третьої доби після фізіологічних пологів
11. Мати залишає пологовий будинок незадоволеною та розчарованою	11. Матері задоволені, готові повернутися для проведення наступних пологів

## ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлена відсутність в Україні організаційних технологій та соціальних нововведень в акушерську практику, зокрема орієнтації на сім'ю при наданні акушерській стаціонарній допомогі та збереження конфіденційності пологів, як це рекомендовано ВООЗ і має місце у високорозвинутих країнах світу, що потребувало наукового обґрунтування та розробки моделі акушерської стаціонарної допомогі зорієнтованої на сім'ю, впровадження якої довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Встановлено, що кожна третя вагітна доставляється до пологового відділення не медичним транспортом, причому із загальної кількості таких випадків 57,7% припадало на ДОКТМО, в якій надається спеціалізована допомога з тяжкою екстрагенітальною патологією та ускладненням вагітності. Лише кожна третя жінка госпіталізована планово, тоді як 63,6% роділь були спрямовані у відділення



невиношування вагітності і лише 45,1% з них були оглянуті лікарем в приймальному відділенні.

2. Доведено, що у 55,3%±1,7% випадків застосовуються пологовостимулюючі, 61,2%±1,7% знеболюючі, 42,4±1,7% гіпотензивні та 50,6±1,7% % інші лікарські засоби. Хірургічні втручання застосовуються у 49,3±1,7 %, у тому числі кесарський розтин від 6,5±0,8 % до 33,4±1,6% випадків пологів в залежності від закладу охорони здоров'я. Рівень материнського травматизму складав до 12,9±1,1%. Середні терміни перебування породіль в акушерському стаціонарі становили від 5,0 до 11,3 днів. Організація проведення пологів не сприяє збереженню конфіденційності інформації про них.

3. Встановлено, що медичною допомогою в акушерському стаціонарі задоволено 22,5±1,4% породіль. Основними причинами незадоволеності є: неможливість прийняти бажану позу під час переймів та пологів – 82,3± 1,3%, сильний біль під час переймів – 97,2±0,5%, присутність у пологовій залі іншої родиллі – 74,4±1,5%, неможливість спілкуватися із близькими – 98,6±0,5%, відсутність психологічної підтримки – 49,6±1,7%, непоінформованість про хід пологів – 92,4±0,5%, велика кількість в палаті породіль – 87,4±1,1%.

4. Результати опитування медичних працівників виявили, що 36,5±1,6% з них не можуть у повному обсязі здійснювати свою професійну діяльність. Це пов'язано з недостатнім забезпеченням засобами для надання невідкладної допомоги 81,3±1,3%, моніторинговою та реанімаційною апаратурою 56,3±1,7%, одноразовим інструментарієм 31,3±1,6% та засобами індивідуального захисту 25,0±1,5%; 85,9±1,2% лікарів та 92,7±0,9% середніх медичних працівників оцінили вагітність і пологи як медичну проблему.

5. Встановлено, що 25,0±1,5% лікарів акушерів-гінекологів поінформовані про доказову медицину, 18,7±1,3% про сучасні організаційні технології надання стаціонарної акушерської допомоги та 12,5±1,1% про досвід профільних відділень в країнах Європи. При цьому партнерські пологи не підтримують 42,6±1,7% лікарів, 60,4±1,7% середніх медичних працівників, відвідування породиллі членами сім'ї - 50,8±1,7% та 53,6±1,7%, використання домашніх речей для матері та дитини - 52,4±1,7% та 49,7±1,7% відповідно.

6. Опитування показало, що переважна більшість жінок міст (74,8±2,1%) та сіл (60,4±2,4%), особливо, які народжували дітей, позитивно оцінюють впровадження сучасних організаційних та соціальних нововведень в акушерську тактику, а саме: на необхідність підготовки подружньої пари до пологів вказали 85,5±1,7% респондентів, проведення пологів в індивідуальних пологових залах – 84,9±1,7% та можливість відвідування – 82,5±1,8%, самостійний вибір медичного працівника – 77,4±2,0%, партнерських пологів – 59,8±2,4%. Підтримують такий підхід і 82,3±1,7% вперше - і 51,7±2,4% повторно одружених чоловіків. Прогресивних поглядів частіше дотримуються представники обох статей до 30 років, з вищою та середньою спеціальною освітою.

7. Результати дослідження дозволили обґрунтувати якісно нову функціонально-структурну модель пологового відділення, якою передбачено використання сучасних організаційних технологій акушерської допомоги, що зорієнтовані на сім'ю в основу

якої покладались рекомендації ВООЗ та досвіт високорозвинутих країн світу та данні доказової медицини.

8. Особливості запропонованої моделі стала організація індивідуальних пологових залів (усунення фізіологічного та обсерваційного відділень), партнерські пологи, відвідування породіль рідними, мінімізація втручань та застосування лікарських засобів, виписки із акушерського стаціонару при фізіологічних пологах на третій день, підготовка подружньої пари до народження дитини на етапі жіночої консультації з визначенням вагітності та пологів не медичною проблемою, а природним процесом. За даними впровадження отримане реальне підтвердження ефективності моделі за 3 роки на 10,2-44% в залежності від виду базового закладу зменшилася кількість кесарських розтинів, на 9-55,7% – епізіотомій, на 5-38% - материнського травматизму.

9. Запропонована модель дозволяє визначити етапи перебудови моделі:

- Перший - підготовчий: аналіз організації та рівня стаціонарної акушерської допомоги, матеріально-технічного та кадрового забезпечення в аспекті їх відповідності вимогам до застосування сучасних новітніх технологій з розробкою плану реорганізації діяльності;

- Другий - впровадження самої моделі, а саме, підготовка необхідної нормативної бази, організація індивідуальних пологових залів в тому числі з повним циклом перебування, навчання лікарів та середніх медичних працівників, підготовка подружніх пар;

- Третій - підтримка та контроль:, постійне безперервне навчання лікарів та медичних працівників в закладі охорони здоров'я, підготовка подружніх пар, контроль за ефективністю впровадження технологій за визначеними індикаторами якості.

10. По ефективності запропонованої моделі позитивно оціненої експертами свідчить зменшення за 3 роки числа кесарських розтинів з 30,3% до 19,6%; частоти використання епізіотомій з 13,7% до 3,3%; зменшення використання знеболюючих та пологостимулюючих засобів, що дозволяє без значних матеріальних затрат рекомендувати її впровадження до акушерських стаціонарів України.

### **Особисті роботи за темою дисертації**

#### **Розділи монографій**

1. Петренко Т. Г. Репродуктивне здоров'я населення у демографічному контексті / Т. Г. Петренко // Репродуктивне здоров'я : медико-соціальні проблеми / за ред. В. М. Лобаса, Г. О. Слабкого. – Донецьк : Либідь, 2004. – С. 4–21.

2. Петренко Т. Г. Програми профілактики серед медичних працівників /

3. Т. Г. Петренко // Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та аналіз заходів протидії / за ред. Т. В. Проценко, Г. О. Слабкого. – К. : Вид-во Раєвського, 2007. – С. 87–89.

#### **Наукові роботи у виданнях, рекомендованих ВАК України**

4. Петренко Т. Г. Отношение женщин промышленного региона к структурно-функциональной реорганизации родильного дома / Т. Г. Петренко // Весн. гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8, № 2. – С. 203–207.

5. Петренко Т. Г. Муж в родильном доме : отношение мужчин к семейным родам (по данным социологического исследования) / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Укр. мед. альманах. – 2004. – № 4. – С. 118–119.

6. Могильовкіна І. О. Нові підходи в навчанні спеціалістів : медицина, яка базується на доказах при виборі тактики надання допомоги в акушерській практиці / І. О. Могильовкіна, Т. Г. Петренко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 2. – С. 40–45.

7. Слабкий Г. А. К вопросу о структурно – функциональной перестройке родильных домов / Г. А. Слабкий, Т. Г. Петренко, О. А. Валиев // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 157–159.

### Інші наукові праці

8. Інтенсивний клінічний вибір як ефективний метод медичної післядипломної освіти / Г. О. Слабкий, В. В. Свиридова, Т. Г. Петренко, В. Л. Подоляка // Сучасні технології вищої освіти : тези доп. третьої міжнар. наук.-метод. конф., м. Одеса, 27–30 верес. 2004 р. – Одеса, 2004. – С. 55.

9. Петренко Т. Г. Про готовність сімейних лікарів до надання акушерської допомоги / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Тези доп. VIII з'їзду ВУЛТ, м. Івано-Франківськ, 21–22 квіт. 2005 р. – К., 2005. – С. 559–560.

10. Петренко Т. Г. До питання впровадження стратегії, що зорієнтована на сім'ю з надання акушерської допомоги / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Наукові дослідження – теорія та експеримент 2005 : матер. міжнар. наук.-практ. конф., 16–20 трав. 2005 р. – Полтава, 2005. – С. 75–77.

11. Петренко Т. Г. Роль сімейного лікаря в організації роботи з планування сім'ї / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Розвиток наукових досліджень 2005 : матер. міжнар. наук.-практ. конф., 7–9 листоп. 2005 р. – Полтава, 2005. – С. 69–70.

12. Петренко Т. Актуальні питання охорони репродуктивного здоров'я працюючих жінок високо урбанізованого регіону / Т. Петренко, Г. Слабкий // Матер. X конгр. Світової федер. укр. лікар. товариств. – Чернівці–Київ–Чикаго, 2004. – С. 60.

13. Клецова М. И. Заживление инфицированных ран у роженец с сахарным диабетом / М. И. Клецова, В. В. Свиридова, Т. Г. Петренко // Медичні пробл. промислового регіону : матер. наук.-практ. конф., 29 черв. 2003 р. – К., 2003. – С. 51–53.

14. Петренко Т. Г. Акушерська допомога, що зорієнтована на сім'ю, як перспектива покращання медичної допомоги жінкам та новонародженим / Т. Г. Петренко, І. М. Матвієнко // Нац. громадські слухання з питань виконання Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001–2005». – К., 2005. – С. 79–83.

15. Петренко Т. Г. Підготовка сім'ї до відповідального батьківства / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Міжнар. мед. журнал. Спецвипуск. [Матер. II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України], 25–26 жовт. 2005 р. – К., 2005. – С. 98.

16. Петренко Т. Г. Шляхи забезпечення якості медичної допомоги в новій системі перинатальної допомоги / Т. Г. Петренко // Актуальні питання охорони здоров'я Донбасу : матер. наук.-практ. конф., 22 верес. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 36–38.

17.Петренко Т. Г. Перинатальна медична допомога, яка зорієнтована на сім'ю / Т. Г. Петренко // Актуальні питання охорони здоров'я Донбасу : матер. наук.-практ. конф., 22 верес. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 50–55.

18.Слабкий Г. О. До питання про порядок одержання та оформлення інформованої згоди пацієнта на медичне втручання / Г. О. Слабкий, Т. Г. Петренко // Мед. пробл. великого міста : матер. наук.-практ. конф., 4 верес. 2003 р. – К., 2003. – С. 21–23.

19.Свиридова В. В. Підходи до створення територіальних перинатальних центрів / В. В. Свиридова, І. М. Матвієнко, Т. Г. Петренко // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки – крок до реформування галузі : матер. конф. – К.–Ужгород, 2006. – С. 153–154.

20.Петренко Т. Г. Переваги пренатальної допомоги зорієнтованої на сім'ю / Т. Г. Петренко // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч. ст. – Донецк, 2005. – С. 43–45.

21.Про необхідність створення у пологових будинках відділень «Матері та дитини» / Г. О. Слабкий, В. В. Свиридова, Т. Г. Петренко, О. А. Валієв // Матер. XI конгр. світової федер. Укр. лікарських товариств. – Полтава–Київ–Чикаго, 2006. – С. 55–56.

22.Петренко Т. Г. Досвід впровадження та переваги акушерської допомоги, що зорієнтована на сім'ю в пологових відділеннях / Т. Г. Петренко // Вопросы здравоохранения Донбасса : Сб. научн. ст. – Донецк, 2005. – С. 85–87.

23.Петренко Т. Г. Перешкоди операційної політики на шляху здійснення реформ у сфері репродуктивного здоров'я / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Охорона здоров'я великого промислового регіону : організаційні заходи до удосконалення : матер. наук.-практ. конф., 25 берез. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 34–36.

24.Петренко Т. Г. Результати оцінки надання акушерської допомоги як основа реформування існуючої системи / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Наука і освіта 2005 : матер. VIII міжнар. наук.-практ. конф., м. Дніпропетровськ, 7–21 лют. 2005 р. – 2005. – Т. 24. – С. 61–62.

25.Петренко Т. Г. Підходи до аналізу політики в сфері репродуктивного здоров'я / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Актуальні проблеми реформування охорони здоров'я : матер. наук.-практ. конф., 25 груд. 2003 р. – Донецьк, 2004. – С. 32–42.

26.Петренко Т. Г. К вопросу об оценке влияния окружающей среды на репродуктивное здоровье / Т. Г. Петренко, Г. О. Слабкий // Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти : тези доп. наук.-практ. конф., м. Ялта, 13–14 трав. 2004 р. – Ялта, 2004. – С. 96–97.

27.Свиридова В. В. Аналіз ускладнень та несприятливих наслідків вагітності в Донецькій області / В. В. Свиридова, Г. Д. Сидоренко, Т. Г. Петренко // Матер. IV з'їзду спеціалістів з соц. медицини та орг. охорони здоров'я. – К.–Житомир, 2008. – Т. 2. – С. 208–211.

28.Петренко Т. Г. Переваги сучасних технологій перинатальної допомоги над традиційними / Т. Г. Петренко // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 82–83.

### **Клініко-організаційні керівництва**

29.Тактика ведення жінок з гіпертензією, яка викликана вагітністю / Б. М. Венцівський, Н. Я. Жилка, Т. Г. Петренко[та ін.]. – США–Україна, 2004. – 45 с.

30. Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортom / Н. Я. Жилка, В. В. Каменський, Г. О. Слабкий [та ін.] – К., 2006. – 76 с.

### **Навчальний посібник**

31. Современные подходы к ведению физиологических родов в условиях акушерской помощи, ориентированной на семью / А. В. Чурилов, Ю. Г. Друпп, Т. К. Иркина [та ін.]. – Донецк, 2005. – 50 с.

### **Методичні рекомендації**

32. Термальна защита новорожденных / Н. Я. Жилка, Г. А. Слабкий, В. Л. Подоляка [та ін.]. – К., 2004. – 33 с.

33. Організація роботи денних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю / Н. Я. Жилка, В. М. Лобас, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Донецьк, 2004. – 35 с.

## **АНОТАЦІЯ**

**Петренко Т.Г. Обґрунтування та розробка моделі акушерської стаціонарної допомоги, зорієнтованої на сім'ю. – Рукопис.**

*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.*

Дисертація присвячена обґрунтуванню та розробці функціонально-структурної моделі надання акушерської стаціонарної допомоги, яка базується на принципах застосування сучасних організаційних технологій, соціальних нововведень, орієнтованих на сім'ю.

На основі наявних ресурсів діючої системи охорони здоров'я обґрунтовано якісно нову функціонально-структурну модель пологового відділення якою передбачено використання сучасних організаційних технологій акушерської допомоги, що зорієнтовані на сім'ю: індивідуальні пологові зали (усунення фізіологічного та обсерваційного відділень), партнерські пологи, відвідування породіль рідними, мінімізація втручань та застосування лікарських засобів, виписка із акушерського стаціонару при фізіологічних пологах на третій день, підготовка подружньої пари до народження дитини на етапі жіночої консультації з визначенням вагітності та пологів не медичною проблемою, а природнім процесом.

**Ключові слова:** акушерська стаціонарна допомога, організаційні технології, соціальні нововведення, модель, конфіденційність, сім'я.

## **АННОТАЦИЯ**

**Петренко Т.Г. Обоснование и разработка модели акушерской стационарной помощи, ориентированной на семью. – Рукопись.**

*Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина.*

Диссертация посвящена обоснованию и разработке функционально-структурной модели оказания акушерской стационарной помощи, которая базируется на принципах использования современных организационных технологий, социальных нововведений, ориентированных на семью. Основу работы составили данные экспертной оценки 820 историй родов, анкеты опроса 857 женщин, 472 мужчин и 409 медицинских работников, а также официальные учетно-отчетные документы трех лечебно-

профилактических учреждений, которые были определены базами исследования: ДОКТМО, ЦГКБ№3 г. Донецк, ЦРБ г. Торез.

Полученные данные обосновали необходимость изменения ситуации. С учетом существующих ресурсов функционирующей системы была разработана и предложена практическому здравоохранению новая функционально-структурная модель устройства акушерского отделения с использованием современных организационных технологий, социальных нововведений, которые сориентированы на семью. К ним относятся: индивидуальные родильные залы, партнерские роды, возможность посещения женщин родственниками, минимизация применения лекарственных препаратов во время родов, ранняя выписка из акушерского отделения при нормальных родах не позднее третьих суток, подготовка супружеских пар к рождению ребенка на этапе женских консультаций с акцентом на физиологическое течение родов. Внедрение предложенной модели нашло поддержку среди женщин и мужчин. Результаты опроса показали, что 74,8% жительниц городов и 60,3% сельских жительниц позитивно оценивают организационные и социальные нововведения в акушерской практике, особенно повторнорожавшие. Мужчин таких больше (82,3%) среди женатых впервые и меньше (51,7%) среди повторноженатых. Прогрессивных взглядов чаще придерживаются мужчины и женщины в возрасте до 30 лет с высшим и средним образованием. Ее использование на практике позволило за 3 года работы в базовых учреждениях на 10,2-44% в зависимости от его вида. Снизить количество кесаревых сечений, на 9-55,7% эпизиотомий, на 5-38% - материнский травматизм.

**Ключевые слова:** акушерская стационарная помощь, организационные технологии, социальные нововведения, модель, конфиденциальность, семья.

## ANNOTATION

**Petrenko T.G Substantiation and development of the model of the obstetrical hospital help family orientated. – Manuscript.**

*The dissertation to get the Ph.D degree of Medical Sciences in Specialty of Social Medicine (ref. no 14.02.03).*

The dissertation is aimed to substantiate and develop functional-structural model for obstetrical hospital help which is based on the principles of modern logistical technologies, social innovations which are family orientated. The results achieved in the course of realized work testify that the quality of the specialized obstetric help doesn't correspond to the modern demands and abilities. The existing system doesn't assume the support on behalf of a husband or other family members to a woman during the delivery. The above is proved by objective and subjective facts. It's ascertained that each third woman is transported to the delivery department not by medical vehicle, and only each third one is hospitalized by plan, and among 63,6% of women in birth sent to the department of difficulties with pregnancy bearing only 45,1% were doctor examined at arrival into the receiving room.

The efficiency of the applied model is proved by the facts: for the period of 3 years the number of cesarean sections have been decreased by 10,2–44% depending upon the type of basic institution, episiotomy – by 9–55,7%, maternal traumatism – by 5–38%.

**Key words:** obstetrical hospital help, logistical technologies, social innovations, model, confidentiality, family.

### **Умовні скорочення:**

- ДОКТМО – Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ЦМКЛ – центральна міська клінічна лікарня
- ЦМЛ – центральна міська лікарня
- ЦРЛ – центральна районна лікарня

**Папір офсетний. Умов.друк.арк.1,48. Наклад 100 прим. Зам. №5**

ДМП «Полімед»  
вул.Грушевського, 7  
Свідоцтво КІ № 78 від 30,06.05 р.