

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Балакирева Анна Владимировна

«МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН В СИСТЕМЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Научный руководитель:
д.м.н., профессор Баклушина Е.К.

Иваново, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Характеристика факторов, влияющих на формирование здоровья будущего ребенка	13
1.1. Современные представления о медико-биологических, социально-поведенческих и медико-организационных факторах риска для здоровья человека	13
1.2. Антенатальные факторы риска и формирование здоровья детей	23
1.3. Система антенатальной охраны здоровья детей: определение, история, правовое обеспечение, современные образовательные технологии	29
1.4. Обоснование необходимости разработки медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей.....	33
Глава 2. Организация и методы исследования	37
2.1. Программа, методы и базы исследования	37
2.2. Характеристика участников исследования	49
Глава 3. Характеристика образа жизни беременных женщин, информированности о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка и удовлетворенности информацией, получаемой от медицинских работников	52
3.1. Оценка беременными женщинами своего образа жизни и его отдельных компонентов	52
3.2. Анализ информированности беременных о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка	64
3.3. Удовлетворенность пациенток информированием в условиях женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник	75
Глава 4. Характеристика консультативно-профилактической работы медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник с беременными женщинами	81
4.1. Анализ информированности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по вопросам здоровья и здорового образа жизни	81
4.2. Анализ рекомендаций, выдаваемых специалистами женских	

консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник при консультативно-профилактической работе с беременными женщинами	89
4.3. Осведомленность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о наличии нарушений в образе жизни беременных женщин.....	93
4.4. Анализ документального закрепления медицинскими работниками сведений о наличии нарушений в образе жизни беременных и рекомендаций по образу жизни, выдаваемых при их профилактическом консультировании.....	96
Глава 5. Анализ нормативных правовых документов по организации специалистами женских консультаций, взрослых и детских поликлиник мероприятий по антенатальной охране здоровья детей ..	102
Глава 6. Разработка и внедрение комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей	118
6.1. Подготовка условий для совершенствования информационного сопровождения беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей (шаг 1).....	119
6.2. Внедрение комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей и контроль их проведения (шаг 2).....	125
6.3. Мониторинг показателей, выбранных критериями эффективности внедрения комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей	130
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	141
ВЫВОДЫ	152
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	154
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	156
ПРИЛОЖЕНИЯ	189

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

В докладе ООН «Цели развития тысячелетия» (2000), одной из глобальных целей является улучшение охраны материнского здоровья, за счет сокращения к 2015 году на три четверти коэффициента материнской смертности и обеспечения всеобщего доступа к получению медицинской помощи. (Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации «Цели развития тысячелетия в России: взгляд в будущее», Россия, 2010). При этом наличие у населения доступа к комплексу необходимых профилактических услуг, должно гарантировать для пациента отсутствие финансовых трудностей при использовании этих услуг. (Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 г.г.: обновленный пересмотренный проект).

В целях совершенствования демографической политики России, Указом Президента РФ от 7 мая 2012 года № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» определено обеспечить повышение суммарного коэффициента рождаемости к 2018 году, для чего предусмотрено софинансирование субъектов Российской Федерации.

В то же время, «Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012-2017 годы», подчеркнута, что в масштабы и острота существующих проблем в сфере детства, в том числе несовершенство организации медико-социальной помощи беременным, в интересах будущего страны требуют принятия неотложных мер. (утв. Указом Президента РФ № 761 от 01.06.12 года) Ответственные задачи в этом плане также поставлены государственной Программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Вместе с тем, в «Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных

заболеваний» подчеркивается первоочередность охраны здоровья матерей, включая проведение дородовых патронажей, необходимых для выявления и устранения рисков факторов для здоровья детей на антенатальном этапе.

Существующие в настоящее время правовые акты Российской Федерации в области защиты прав ребенка в целом соответствуют основным положениям международных правовых актов и закрепляют общепринятые права детей, в том числе на жизнь и здоровое развитие. Однако, по итогам работы XIX Конгресса педиатров России (2016 г.г.) констатировано, что в стране сохраняется сложная демографическая ситуация, в том числе среди детского населения. Так более трети детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности (35%). Причем ухудшение здоровья детей раннего возраста обусловлено преимущественно факторами перинатального риска, которые по мере взросления продолжают влиять на процессы становления здоровья, и влияние их увеличивается за счет того, что они воздействуют в комплексе. В то же время, частота неблагоприятных факторов характеризуется устойчивой тенденцией к росту и формированием выраженных медико-социальных последствий для здоровья детей, что диктует необходимость поиска новых путей его сохранения и укрепления. Такая ситуация, наряду с малочисленностью подростковой популяции, напрямую определяет опасность снижения трудового, оборонного и репродуктивного потенциала страны.

Одной из рекомендаций участников XIX Конгресса педиатров России (2016 г.г.) для органов управления здравоохранением субъектов РФ было рекомендовано увеличить объем профилактической работы, в том числе преконцепционной подготовки и пренатальной диагностики, а также с женщинами на дородовом этапе. Эта работа подразумевает не только раннее выявление и устранение факторов риска, но и адекватное профилактическое консультирование будущих родителей о роли их образа жизни в формировании

здоровья детей на антенатальном этапе. (Пресс-релиз Конгресса, 14 февраля, 2016)

Факторы, определяющие здоровье населения давно известны, но по-прежнему существует необходимость их тщательного выявления и предупреждения реализации (Ю.П. Лисицин, Г. Э. Улумбекова, 2015). При этом планирование и профилактика нарушений здоровья детей, прежде всего, предусматривает выявление таких факторов, как нарушения в образе жизни будущих родителей. (Н. Н. Никитина, 2013).

По некоторым данным, экстрагенитальная патология является ведущей причиной в формировании перинатальной патологии. В то же время, проблема формирования здоровья детей на антенатальном этапе, обусловлена не только медико-биологическими (экстрагенитальная патология, возраст матери и т.д.), но и социальными, медико-организационными факторами (Цуркан С.В., 2010; Растегаева И.Н., 2010; Романова Т. А., Подсвинова Е. В., 2011). Медицинская активность и информированность беременных о состоянии своего здоровья, имеющейся патологии, как до беременности, так и при ее наступлении, крайне низкие, что в результате приводит к ухудшению перинатальных исходов. (Бушмелева Н.Н., 2011; Лавренюк И.И., 2013)

Так, по данным Растегаевой И.Н. (2010; 2013) значительная часть беременных женщин оценивают свое здоровье как удовлетворительное (55,4%). Основными проблемами в организации профилактической работы с ними они считают невнимательность медперсонала к пациентам, организационные трудности и недостаток информирования со стороны медицинских работников.

Образ жизни современных беременных нельзя назвать здоровым, так как употребляют табак – 35%, алкоголь – 20%, наркотики 7,5%, почти треть имеют беспорядочные половые связи (27,5%). При этом их информированность о влиянии такого образа жизни на формирование здоровья будущего ребенка довольно низкая, так как повышать ее считали нужным лишь 15,0% женщин. Высокая рождаемость детей с низким индексом здоровья, дефицит

специалистов, способных обеспечить высокую эффективность профилактической работы с населением – не способствуют сохранению и укреплению здоровья будущих родителей, и соответственно появлению здорового потомства. Такая ситуация требует повышения ответственности как со стороны государства и системы здравоохранения, так и со стороны населения. (Растегаева И.Н., 2013).

Общеизвестно, что формирование здоровья будущего ребенка невозможно без учета состояния здоровья беременной, которое во многом определяется ее образом жизни. В связи с чем, особую значимость имеет система антенатальной охраны здоровья плода, которая эффективна в рамках интеграции деятельности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник. Ранее эта интеграция реализовывалась путем организации работы акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов, внутриведомственное взаимодействие которых со временем заметно снизилось. (Городков В.Н., 1986; Черкасов С.Н., 1997; 2001)

Современная правовая база по организации антенатальной охраны будущего ребенка регламентирует для данных специалистов ряд функциональных обязанностей, предусматривающих это взаимодействие, но не обеспечивает алгоритма преемственности информации между ними при реализации консультативно-профилактической работы с беременными женщинами. Отсутствие четко проработанных программы информационного сопровождения беременных и определенный дефицит исследований по вопросам антенатальной профилактики нарушений здоровья и развития детей также создают существенные трудности в эффективной организации этой работы.

Цель исследования – разработать комплекс медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей.

Задачи научного исследования:

1. Дать характеристику образа жизни беременных женщин, их информированности о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка.
2. Оценить информированность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по вопросам антенатальной охраны здоровья детей.
3. Оценить удовлетворенность беременных женщин информированием в системе антенатальной охраны здоровья детей и осведомленность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о наличии у пациенток нарушений образа жизни.
4. Провести анализ внутриведомственного взаимодействия акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров по вопросам антенатальной охраны здоровья детей и установить основные проблемы нормативного правового регулирования этой деятельности
5. Разработать комплекс медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей
6. Оценить эффективность внедрения комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей в работу медицинских организаций, осуществляющих эту деятельность.

Научная новизна исследования:

1. На основании медико-социального исследования и организационного эксперимента разработана медико-организационная технология по повышению уровня информированности беременных о влиянии нарушений их образа жизни на формирование здоровья будущего ребенка.

2. В ходе проведения исследования получена новая информация о наиболее распространенных нарушениях в образе жизни беременных женщин, в сочетании с их низкой информированностью о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка.
3. Впервые систематизирован комплекс проблем, определяющих недостаточную эффективность профилактического консультирования беременных женщин по вопросам антенатальной охраны здоровья детей с учетом анализа правовых документов, медицинской документации, данных опроса специалистов и их пациенток.
4. Впервые научно обоснован подход к оптимизации внутриведомственного взаимодействия акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров в реализации ими профилактического консультирования беременных путем распределения тематики рекомендаций для пациенток с учетом профессиональной компетенции специалистов, а также создания комплекса памяток по антенатальной охране здоровья детей и разработки формы документального закрепления этой деятельности.
5. Доказана высокая достоверная эффективность разработанной технологии в организации профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей.

Практическая значимость работы:

Разработаны и внедрены предложения по дополнению нормативной правовой базы, определяющей деятельность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по организации мероприятий по антенатальной охране здоровья будущего ребенка методическими материалами, направленными на совершенствование и документальное сопровождение этой работы.

Разработан и предложен для внедрения в консультативную и профилактическую деятельность специалистов женских консультаций,

поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник «Листок профилактического консультирования пациента», включающий комплекс памяток, соответствующих действующим клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи беременным.

Разработаны методические рекомендации по дополнению программ до- и последиplomного образования специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник.

Разработаны методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утв. Департаментом здравоохранения Ивановской области и ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 2016 год).

Апробация и внедрение результатов исследования

По результатам исследования опубликовано 36 работ, в том числе 6 в журналах, рекомендованных ВАК РФ, изданы 1 методические рекомендации для специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны детей».

Комплекс предложений по совершенствованию нормативно-правового обеспечения деятельности акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров по профилактическому консультированию беременных женщин в условиях АТПК, разработанный на основании полученных результатов научного исследования, лег в основу совершенствования нормативно-правового обеспечения деятельности медицинских работников акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов при разработке проекта новой редакции Приказа Департамента здравоохранения Ивановской области и ФГБУ «Ивановский НИИ здравоохранения материнства и детства им.В.Н.Городкова»

Минздравсоцразвития РФ № 37/76-осн от 30.03.2012 «Об оптимизации работы акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов в Ивановской области»

Полученные в ходе исследования данные и разработанные предложения стали основой для создания методических рекомендаций «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утверждены и рекомендованы к использованию в женских консультациях, поликлиниках общелечебной сети и детских поликлиниках Департаментом здравоохранения Ивановской области и ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 2016 г.).

В рамках организационного эксперимента в консультативную и профилактическую деятельность медицинских организаций г. Иваново и области, внедрена программа информационного сопровождения беременных и «Листок профилактического консультирования пациента» с комплексом специально разработанных памяток.

Основные теоретические положения диссертации используются в учебном процессе, на семинарах и лекциях для студентов педиатрического факультета и интернов кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ, а также при обучении врачей по программам специалитета, подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного образования (на циклах общего и тематического усовершенствования) на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ. По результатам научного исследования сделано 24 доклада на:

- Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва (2010 г., 2011 г., 2016 г.)
- VII Российском форуме с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний», Санкт-Петербург – 2013» (2013 г.)

- 8 международной научно-технической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных «Энергия-2013» (2013 г.)
- II Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека», Иваново (2015 г.)
- Всероссийской конференции «Иммунология в перинатологии», Иваново, 2012 г.
- II, III Съездах детских врачей Ивановской области «Медико-социальные аспекты в педиатрии» (2014, 2015 г.г.)
- научно-практической конференции «От истоков к настоящему Ивановской неонатологии», посв. памяти з.д.н., д.м.н., проф. Пузыревой Н.И., ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново (2014 г.)
- научно-практической конференции студентов и молодых ученых ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России «Неделя науки - 2010», Иваново (2010 г., 2011 г., 2012 г., 2013 г., 2014 г., 2015 г.)
- X Монотематической конференции «Современные походы к охране здоровья детей», ИвГМА, Иваново (2011 г., 2014 г.)
- конференции медицинских работников МУЗ «Детская городская поликлиника №6», Иваново (2011 г.)
- интерактивном Круглом столе «Актуальные вопросы раннего применения витаминно-минеральных комплексов для беременных», Иваново (2013 г.)
- I Инновационном конвенте ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ (2015 г.)

ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

1.1. Современные представления о медико-биологических, социально-поведенческих и медико-организационных факторах риска для здоровья человека

Общепринятым определением термина «здоровье», принятым I Уставом ВОЗ еще в 1946 году, считается состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Также в Уставе было озвучено, что здоровое развитие ребенка является фактором первостепенной важности, а способность жить гармонично в меняющихся условиях среды является основным условием такого развития. (ВОЗ, 1948 г.) Позднее определение было дополнено экспертами ВОЗ, как свойство человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и дефектов. (Мисюк М.Н., 2014 г.).

Здоровье современного человека, являясь результатом сложного взаимодействия таких факторов как усложнение общественной жизни, увеличение различных рисков, изменение характера нагрузок, ухудшается, что определяет необходимость ведения здорового образа жизни. (Цуркан, С.В., 2009 г.; Шухатович В.Р., 2011 г.; Михайлова С.В., Калюжный Е.А., Норкина Е., Трemasкина Ю., 2014 г.). Формирование здоровья будущего ребенка определяется влиянием социальных, биологических и медико-организационных факторов и технологий, используемых в процессе сопровождения беременных в условиях первичного звена здравоохранения (Цуркан С.В., 2011 г.)

Основные факторы образа жизни, влияющие на здоровье, как отдельного человека, так и популяции, впервые описаны Ю.П. Лисицыным и Ю.М.

Комаровым еще в 1982 году, и наибольшее влияние на здоровье человека имеет образ его жизни. (Ю.П. Лисицын, 2015 г.). Позже А.А. Келлер, и В.И. Кувакин (1999 г.) классифицировали факторы риска на природные (абиотические и биотические), социально-экономические и комплексные, а также уточнили, что характер влияния факторов на здоровье может быть индифферентным, благоприятным и неблагоприятным.

К основным факторам образа жизни, ухудшающим здоровье, относятся злоупотребление лекарственными средствами, нарушение питания, режима труда и отдыха, вредные привычки, стрессовые ситуации, гиподинамия, недостаточная медицинская активность, в том числе информированность, а также сексуальное поведение, способствующее возникновению половых заболеваний и непланируемой беременности. (Шевченко О.Н., Горланова А., Исаева К., Красникова В., Науменко Е., 2015 г.)

Все многообразие факторов риска, влияющих на здоровье, можно разделить на две основные группы: эндогенные и экзогенные, которые разделены на управляемые и неуправляемые факторы. Так, к экзогенным неуправляемым относятся климатогеографические факторы, а управляемым – экология, семейный статус, материальная обеспеченность, режим труда и отдыха, условия труда, особенности питания и культура. К эндогенным неуправляемым факторам относятся наследственность, пол, возраст, конституция, а к управляемым – общее развитие человека, его уровень интеллекта, физическая активность, душевное и эмоциональное состояние, а также религиозные убеждения. Это деление условно, так как все они взаимосвязаны, хотя определяющими действие остальных являются факторы социального порядка, то есть образ жизни человека. (Иванов В.П., Иванова Н.В., 2011 г.)

Представление о здоровом образе жизни, его принципах и влиянии на здоровье человека, можно найти в античных трудах Гиппократ и Авиценны. Гиппократ описал составляющие и первую модель здорового образа жизни, к

которым отнес определенную систему мероприятий, способствующую сохранению и укреплению здоровья. Авиценна считал, что от образа жизни напрямую зависит здоровье человека и его жизнеспособность, поэтому исследовал образ жизни здоровых людей.

В настоящее время формирование здорового образа жизни имеет особое значение и обусловлено большой распространенностью среди населения поведенческих факторов риска, например высокая частота вредных привычек, различных нарушений питания, гиподинамии, стрессов и т.д. Здоровый образ жизни предполагает отказ от вредных привычек, соблюдение принципов рационального питания, оптимизация физической активности, формирование стрессоустойчивости и т.д.

По мнению Министерства здравоохранения РФ, в настоящее время распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний не оказывает большого влияния на смертность непосредственно среди детей и подростков. Однако, в ближайшие 10-20 лет это приведет к выраженному возрастанию смертности от неинфекционных заболеваний среди лиц в возрасте 35 лет и старше. (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 г. № 420 «Об утверждении программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка»).

По мнению Журавлевой И.В. (2000, 2014), здоровый образ жизни – это самосохранительное (витальное, саногенное) поведение, направленное на активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия и базирующееся на санитарно-гигиенических нормативах. В учебнике Чумакова Б. Н. «Валеология» (2000 г.), также говорится о необходимости формирования образа жизни как об основном направлении профилактической медицины.

В научных трудах профессора Г.С. Никифорова (2012, 2013, 2014 г. г.) проблемы здорового образа жизни и здоровья рассматриваются автором с

психологической точки зрения и посвящены изучению психологического обеспечения здоровья на основных этапах жизненного пути человека.

Образ жизни отдельного человека – это инструмент, с помощью которого можно коренным образом изменить состояние общественного здоровья. Так, в профилактике возникновения и прогрессирования болезни значительную роль отводят устранению факторов риска индивидуального характера, (отказ от вредных привычек, адекватная физическая активность, рациональное питание и т.п.) А так как переход к здоровому образу жизни возможен лишь в случае пересмотра отношения к собственному здоровью отдельного человека, а потом уже населения в целом, то формирование мотивации к ведению здорового образа жизни у каждого отдельного человека – это важнейшая гигиеническая и социально-гуманистическая задача медицины и здравоохранения. Процесс формирования у человека потребности в здоровом образе жизни должен определяться принципами постепенности, индивидуальности, саногенного мышления. (Гукетлова К.А., 2014 г., 2015 г.)

Основой здорового образа жизни принято считать рациональное, физиологически полноценное питание человека с учетом влияния биологических, социально-экономических и экологических факторов. (Барановский А.Ю. 2012 г., 2013 г.). По мнению зарубежных исследований, здоровое питание помогает избежать развития таких неинфекционных заболеваний, как диабет, болезни сердца, нарушение мозгового кровообращения и рак. Однако рост выпуска переработанных пищевых продуктов, стремительная урбанизация и изменения в образе жизни привели к сдвигам в режиме питания. (Favre, N., 2012 г.; Guideline, WHO, 2012 г.; Mozaffarian, D. 2014 г.)

Население потребляет больше пищевых продуктов с высоким содержанием энергии, насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров или соли/натрия, и многие не употребляют в пищу достаточно фруктов, овощей и пищевой клетчатки, например цельных злаков. Точный состав разнообразного,

сбалансированного и здорового рациона зависит от возраста, пола, образа жизни, степени физической активности, культуры человека, но принципы здорового питания остаются одинаковыми для всех. (WHO, 2012 г.; Hooper L., Abdelhamid A., Moore H.J., Douthwaite W., Skeaff C.M., Summerbell C.D., 2012 г.; Larsson S.C., Wolk A., 2006 г.; Lenfant C., 2005; Te Morenga L., Mallard S., Mann J., 2012 г.)

С целью улучшения питания и стимулирования физической активности у населения, в 2004 году была принята «Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью». Отечественными авторами подчеркивается, что правильное питание складывается из соблюдения рациона и режима питания, условий приема пищи, а соблюдение его принципов способствует сохранению здоровья, сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, высокой физической и умственной работоспособности, а также активному долголетию (Каирова М.Т., 2011 г.; Соломонова Л.В., 2012 г.; Механтьев И.И., 2014 г.; Карамнова Н.С., Лазарева Н.В., 2015 г.).

По мнению экспертов (ВОЗ, 2010), недостаточная физическая активность – это один из важнейших факторов риска смерти в глобальном масштабе. Во многих странах гиподинамия приводит к развитию неинфекционных заболеваний (НИЗ) и ухудшению здоровья населения в мире в целом. Недостаточная физическая активность является основной причиной развития рака молочной железы и толстой кишки, диабетом, ишемической болезни сердца. Снижение уровня физической активности отчасти связано с пассивностью во время досуга и сидячим образом жизни на работе и дома. Все более широкое использование «пассивных» видов транспорта также способствует повышению распространенности недостаточной физической активности. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья, прежде всего, ориентированы на профилактику неинфекционных заболеваний с помощью пропаганды физической активности среди населения (Lenfant, C., 2005 г.; Guideline, WHO, 2012 г.).

Физическая активность в вышеуказанной «Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью» определяется как любое телодвижение, производимое скелетными мышцами и требующее расхода энергии. При этом риск развития у человека с оптимальной физической активностью опасных для жизни заболеваний сосудов сердца и мозга, сахарного диабета, рака и т.д. является достоверно более низким. (Гордеева С.С., Павлова М.К., 2011 г.; Богатырев С.Н., 2014 г.; Ахмерова С.Г., Андриянов С.В.Матвеева Н.Н., Юрченко А.Л., 2015 г.)

Многочисленными исследованиями современных авторов (Громова Е.А., Магомедова С.А., 2012 г.; Кривулин Е.Н., Гнатейко О.З., Алексеева Н.С., 2013 г.; Трегубова Е.С., 2015 г.) подчеркивается значительный вклад психосоциальных факторов (напряженные внутрисемейные отношения; профессиональные стрессы, эмоциональные нагрузки и т.д.) в развитие заболеваний неинфекционного характера. Так, по оценке экспертов ВОЗ депрессия к 2020 году будет второй после ишемической болезни сердца, причиной инвалидизации и смертности населения.

Более 10 лет назад было известно, что у женщин с поздним гестозом наблюдается высокий психосоматический индекс, что может быть предпосылкой к нарушению здоровья самой женщины и нарушениям по отношению к ребенку. Поэтому для определения тактики прекоцепционной подготовки женщин необходимо не только их комплексное клиничко-психологическое обследование, но и определение типа психологического компонента гестационной доминанты. (Лысенко О. В., Занько С. Н., Лысенко С. В., 2004 г.)

Другими отечественными авторами установлено, что дети, рожденные от беременных с поздними гестозами и высокой личностной тревожностью, страдали синдромом дефицита внимания и гиперактивности. При этом авторы отмечают, что беременность у таких пациенток протекает в условиях повышенной зависимости от отношений с окружающими. И в данном случае,

профилактические мероприятия для этих женщин должны реализовываться как можно раньше и включать мероприятия, направленные на саму беременную и на ее семью. (Семакова Е. В., 2013 г.).

Между тем, исследование особенностей психоэмоционального состояния беременных, показывает, что уровень тревожности у современных женщин на поздних сроках значительно выше, чем на ранних сроках гестации. При этом личностная тревожность преобладает над ситуационной, а формирование психологического компонента гестационной доминанты чаще характеризуется как неблагоприятное. Это создает предпосылки для развития тех или иных осложнений во время беременности и в родах. (Лохина Е.В., 2013 г.)

Приверженность здоровому образу жизни характеризуется также отсутствием у человека вредных привычек, наиболее распространенными из которых в России является злоупотребление алкоголем и табакокурение (Павлова М.К., 2011 г.). Кроме нанесения человеком, курящим или злоупотребляющим алкоголем, вреда своему здоровью, существует значительный риск нанесения вреда и здоровью других людей, возникновения семейных, трудовых и социальных проблем (Амлаев К.Р., 2012 г.; Марищук В.Л., Плаксин В.А., 2011 г.; Паренкова И.А., 2013 г.; Решетова Т.В., Королёв С.В., 2014 г.; Тавинова Н.А., 2015 г.).

По данным ВОЗ (2013 г.), от табачного дыма ежегодно умирает почти 6 миллионов человек, и в настоящее время имеются чёткие научные данные о том, что пренатальное воздействие табачного дыма вызывает неблагоприятные состояния здоровья и развития детей. По результатам зарубежных исследований статистики заболеваний курящих и некурящих женщин (1,3 млн. исследуемых), ученые пришли к выводу, что курение сокращает жизнь женщины, по меньшей мере, на 10 лет. (Castelnuovo Di.A., Quasquaruccio, G., Donati M.B., 2009 г.; K.Piri, R.Peto, G.K.Reeves, J.Green, V.Beral, 2005 г.)

От злоупотребления алкоголем ежегодно умирают 3,3 миллиона человек по всему миру (2015 г.). По данным Организации экономического

сотрудничества и развития (ОЭСР), уровень потребления чистого алкоголя в России достигал 11,2 л на душу населения (от 15 лет и старше). По данным зарубежных авторов, объем потребляемого алкоголя составляет лишь 40-60% объема его фактических продаж, что объясняется социально-культурными факторами – местом и ролью потребления алкоголя в той или иной культуре, степенью существующей в обществе толерантности к его потреблению, стремлением скрывать информацию о потреблении алкоголя.

Так, согласно данным обследования, 57,3% участников опроса считали тему потребления алкоголя крайне деликатной для того, чтобы можно было свободно обсуждать ее с интервьюером. (Falba T.A., Sindelar J.L., 2008 г.; Filding J.E., 2006 г.; Grange, G., 2006 г.; Gilpin, E., White, M., Messer, K., Pierce J., 2006 г.; Homish, G., Leonard, K., 2005; Hugg, T. T. Jaakkola, M. S., Ruotsalainen, R. O., 2008 г.; Leifman, H., Ostergerg, E., 2007; Wakschlag L.S., 2006 г.)

Пути формирования здорового образа жизни, вытекают из его функциональной структуры, а ключом, как правило, является высокая медицинская активность (Лисицын Ю.П., 2015 г.). Медицинская активность – это наиболее характерная, типичная для определенного исторического периода деятельность людей по отношению к своему и других людей здоровью. (Чумаков Б.Н., 2000 г.). Она определяется также выполнением медицинских назначений, рекомендаций, норм, правил посещения ЛПУ и другими видами деятельности человека, связанными со здоровьем. (Лисицын Ю.П., Комаров Ю.М., 1982 г.).

Влияние образа жизни на заболеваемость подтверждается данными многочисленных научных исследований, показывающих, что люди с высокой профилактической активностью имеют высокий индекс здоровья и более низкую заболеваемость, как острую, так и хроническую (Яковлева Т.В., Альбицкий Ю.В., Мальцев С.В., 2011 г.; Кузнецов С.М., Чернышева М.Л., 2015 г.). Тем не менее, чаще всего, медицинская активность населения

характеризуется как низкая, что объясняется редким посещением специалистов с профилактической целью (48,76%), наличием вредных привычек (47,2%), несоблюдением рекомендаций врача (76,5%), принципов здорового образа жизни (73,4%). (Чудинова И.Э., 2011 г.; Жильцова Е.Е., 2013 г., Поляков Б.А., 2014 г.; Кузнецов С.М., 2015 г.).

По данным некоторых исследователей мужчины более уважительно относятся к своему здоровью (30,3%), чем женщины (22,7%), а наиболее активны в отношении обращаемости за медицинской помощью пациенты старшего пенсионного возраста (47,6%). (Лебедева-Несевря Н.А., 2012 г.; Пикалов С.М., 2014 г.). Кроме того, 11,6 из 100 опрошенных выполняют то, что считают необходимым, т.е. корректируют назначения врача, 7,7% из 100 опрошенных рекомендации врача не выполняют вообще, а 26,9 считают их бесполезными, что является не только проявлением недоверия к врачам, но и низкой санитарно-гигиенической грамотности и культуры. (Конаков С.А., 2014 г.).

Важным аспектом медицинской активности является информированность по вопросам охраны здоровья. Желание пациентов помочь себе, используя альтернативные способы восстановления здоровья, например такие, как владение методом снятия психоэмоционального напряжения, тоже является проявлением медицинской активности. К сожалению, лишь 14,6 из 100 используют такие методы, что очень мало, учитывая современную напряженную социальную ситуацию в стране. (Конаков С.А., 2014 г.)

По мнению некоторых авторов (Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С., 2014 г.) население недостаточно информировано о факторах риска развития заболеваний, в связи с отсутствием интереса к получению подобного рода информации, и должного контроля факторов риска. Так, по их данным, почти 80% респондентов считают, что ведение здорового образа жизни может существенно улучшить здоровье, но 65% из них курят и/или злоупотребляют алкоголем. Другие авторы считают, что необходимо прививать основы ЗОЖ с

детства, чтобы в последствие предупредить развитие серьезных заболеваний и воспитать здоровую нацию. (Крючкова Н.В., Русанова А.М., 2014 г.)

Существуют данные, что среди групп населения с высоким уровнем медицинской информированности отмечены более благоприятные характеристики по всем видам жизнедеятельности и показателям социально-гигиенического функционирования, но при высокой мотивации населения к ведению здорового образа жизни, его медицинская активность все же носит нерегулярный характер. Недостаточность качественных и достоверных источников медицинской информации о факторах риска, влияющих на здоровье, сопровождается неполными знаниями о способах и методах активной профилактики и укрепления здоровья. (Зелионко А.В., 2014 г.)

Современные люди очень активно используют ресурсы Интернета для повышения своей информированности, в том числе медицинской. Проведенное исследование русскоязычного сегмента сети Интернет, относительно возможности поиска наиболее полных и конкретных сведений о, например, первой помощи показало, что это весьма затруднительно. (Неудахин Г.В., Дежурный Л.И., Лысенко К.И., 2012 г.)

Современная профилактика факторов риска предполагает организацию профилактического консультирования взрослого населения. Данная форма работы предполагает повышение приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений и формирование у них поведенческих навыков по снижению риска возникновения заболеваний или их осложнений, что во многом зависит от качества информирования. В то же время профилактическое консультирование, в отличие от санитарного просвещения, должно носить адресный характер, поэтому именно участковые специалисты первичного звена здравоохранения, знающие особенности образа жизни своих пациентов, их семейные отношения, бытовые проблемы могут быть наиболее успешными в достижении целей профилактического консультирования.

Профилактическое консультирование также подразумевает деятельность в рамках «Школ здорового образа жизни», целью которых является повышение знаний пациентов, обучение их навыкам оздоровления, а также формирование мотивации у пациентов и поддержание их стремлений к оздоровлению своего образа жизни и выполнению рекомендаций врача. (Приказ Министерства здравоохранения РФ №1006н от 03.12.12 г. «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»; Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1011н от 06.12.12 г. «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров»)

1.2. Антенатальные факторы риска и формирование здоровья детей

На фоне сохранения неблагоприятной демографической ситуации и уменьшения доли детского населения, до 40% детей в последние годы рождаются больными или заболевают в период новорожденности. (Яковлева Т.В., 2011 г.; Баранов А.А., 2011 г.; 2012 г.) Так, за последние 20 лет, по результатам многочисленных исследований, в России наблюдается рост хронической патологии, психических расстройств, врожденных пороков развития, алкоголизма, наркомании, а также снижение показателей физического и нервно-психического развития детей. (Ильин А.Г., 2007 г.; Конова С.Р., 2007 г.; Когутницкая М.И., Хворостяная И.В., Литовка И.Ю., 2011 г.; Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., 2013 г.)

По данным разных авторов, от 40% до 85% детей первого года жизни имеют перинатальные поражения центральной нервной системы. У детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (20-25%) отмечается раннее формирование хронической патологии, при этом сочетание неврологической и соматической патологии встречается у 71% детской популяции. Половина этих детей являются длительно и часто болеющими, имеют негативный социальный статус, неблагоприятную

социальную адаптацию и низкую успеваемость. (Петросян К.М., 2010 г.; Перцева В.А., Петрова А.С., Захарова Н.И., 2011 г.; Жданова Л.А., Рунова О.С. 2014 г.)

В раннем детском возрасте наиболее выраженное влияние на формирование здоровья ребенка оказывают факторы перинатального и биологического риска. По данным отечественных и зарубежных авторов, акушерская и экстрагенитальная патология осложняют течение антенатального периода и ведут к формированию различной патологии у будущего ребенка, а также обуславливают риск развития патологии у него и в период новорожденности. (Петросян К.М., 2010 г.; Музыка М.В., Штепо М.В., Лапеко С.В., 2011 г.; Нетребенко О.К., 2013 г.; Bramlett M.D., 2007 г.; Hutton, G., 2006 г.; Kong G.W., 2008 г.; Laws P.J., 2006 г.; McBride, B., 2005 г.; Patterson, A.J., Zhang L., 2010 г.; Perriot, J., 2005 г.; Stadelmann, S., 2010 г.; Sultana, R., 2009 г.; Wakschlag, L. 2007 г.)

К основным факторам риска для здоровья детей на антенатальном этапе, можно отнести возраст родителей, порядковый номер беременности, наличие аборт в анамнезе, гестозы и экстрагенитальные заболевания. По мнению авторов, на одного новорожденного ребенка приходится в среднем 6 заболеваний. (Бикметова Е.С., Тришкин А.Г., Артымук Н.В., 2012 г.; Денисова Т.Г., Бушуева Э.В., Герасимова Л.И., 2012 г.; Модестов А.А., Косова С.А., Иванова А.И., 2012 г.; Беляев А.М., Полоцкая М.А., 2013 г.; Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., 2013 г.)

У новорожденных, родившихся от матерей с гестозом, присутствуют нарушения проницаемости сосудистой стенки, что является одним из механизмов формирования у них перинатальных поражений центральной нервной системы. Нарушения функции эндотелия системного характера приводят к расстройствам микроциркуляции, что выражается развитием ишемии тканей головного мозга, а также снижением соматометрических параметров и показателей состояния здоровья новорожденных, оцененных по

шкале Апгар. (Попова И.Г., Назаров С.Б., Филькина Е.В., Кузьменко Г.Н., Ситникова О.Г., 2013 г.; Sanchez-Aranguren L.C., Prada C.E., Riano-Medina C.E., Lopez M., 2014 г.)

Интересны работы, посвященные профилактике детской инвалидности, в том числе формирующейся в антенатальном периоде, где доказана ведущая роль патологии беременности и родов у матери. При этом установлено, что комплексная подготовка женщины и адекватная терапия имеющихся у нее нарушений во время беременности снижает риск развития инвалидности ее детей. (Петросян К.М., 2010 г.; Нетребенко О.К., 2013 г.)

Таким образом, влияние биологических факторов (экстрагенитальной патологии) оказывает несомненное влияние на формирование здоровья будущего ребенка. Так, по данным Цуркан С.В. (2011 г.) большинство беременных женщин имевших экстрагенитальную патологию, в 79,0% случаев рожали детей с патологией почек и мочевыводящих путей (19,8%), системы кровообращения (13,9%), и крови (13,7%). Кроме того, степень ожирения у женщины также увеличивает вероятность рождения больного ребенка.

Так как формирование здоровья будущего ребенка невозможно без учета и образа жизни будущей матери, то беременные женщины относятся к той категории пациентов, которая требует особого внимания. Это связано с тем, что большинство факторов образа жизни являются управляемыми, а значит, их влияние на формирование здоровья будущего ребенка может быть снижено. Так, по данным Козловской А.В., Одланда Ю.О., Гржибовского А.М. (2014 г.), такие социальные факторы как профессия, семейное положение беременной влияют на массу тела новорожденных и преждевременные роды.

В то же время, мероприятия по коррекции факторов риска в образе жизни беременных женщин, достижение и поддержание целевых показателей их здоровья позволяют не только предупредить развитие многих заболеваний у будущего ребенка, но и оптимизировать показатели его физического и

психического развития после рождения. (Белова Е.А., 2013 г.; Беляев А.М., Полоцкая М.А., 2013 г.)

Организация подобных мероприятий у беременных, имеющих экстрагенитальные заболевания, снижает вероятность обострений и осложнений, таким образом, создавая наиболее благоприятные условия для роста и развития будущего ребенка, в том числе с позиции формирования ресурсов его здоровья в периоде новорожденности. Однако, по данным отечественных авторов, при ведении родов у половины беременных экстрагенитальная патология учитывается лишь в случае неблагоприятного исхода родов, то есть *post factum* (в виде замечаний в заключениях врачебной комиссии). В связи с чем, возможности профилактических мероприятий, направленных на устранение или снижение воздействия факторов на здоровье человека, приобретают еще более значимую роль в охране здоровья будущего ребенка. (Суханова Л.П., Леонов С.А., 2010 г.)

Вместе с тем, влияние биологических факторов риска на здоровье детей в антенатальном периоде, чаще всего не поддается полному устранению, что необходимо учитывать при оценке социального анамнеза беременных, так как социально-гигиенические факторы, определяют образ жизни будущих родителей и оказывают значительное влияние на формирование здоровья будущего ребенка. (Беляев А.М., Полоцкая М.А., 2013 г.; Caspi A, Williams B, Kim-Cohen J, et al., 2006 г.) При этом с одной стороны будущие родители не всегда задумываются о негативном влиянии их образа жизни на здоровье их детей. С другой стороны доказано, что существует прямая зависимость между наличием неблагоприятных социально-гигиенических факторов, и фактом, что формирование здоровья будущего ребенка начинается еще внутриутробно. (Ушакова Г.А., Николаева Л.Б., Тришкин А.Г., Подкаменев В.В., Протопопова Н.В., Подкаменев А.В., 2010 г.; Беляев А.М., Кацова Г.Б., Павленко Т.Н., Малеева Н.П., 2013 г.)

К неблагоприятным социально-гигиеническим факторам принято относить вредные привычки, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, нарушение питания, эмоциональные нагрузки, стрессы, инфекционные заболевания и т.д., то есть факторы, которые осложняют течение антенатального периода и ведут к нарушениям здоровья и развития будущего ребенка. (Петросян К.М. 2010 г.; Перцева В.А., Петрова А.С., Захарова Н.И. 2011 г.; Bramlett M.D., 2007 г.; Стасова Ю. В., Терещенко В. А., 2013 г.)

Так, у детей, рожденных от матерей с хронической никотиновой интоксикацией, более высокий уровень заболеваемости ОРВИ (до 78,8%) и аллергических заболеваний (24,1%), сниженное развитие речевых функций, точной моторики, «индифферентный» тип поведения. (Антонова Е.В., 2010 г.; Kong G.W., 2008 г.; Patterson, A.J., Zhang L., 2010 г.; Stadelmann, S., 2010 г.; Польша Н.С., Добрянская О.В., Юрчук Е.Н., 2013 г.; Соколова СБ., Кучма В.Р., 2013 г.)

Безусловно, неблагоприятные особенности образа жизни и стиля поведения беременных являются факторами риска, влияющими на уровень здоровья не только будущего ребенка и новорожденных, но и детей в первые годы жизни. Но начинать эту работу нужно с охраны репродуктивного здоровья, то есть с подростков, чье здоровье, как резерв общества, вызывает особое беспокойство. В подростковом возрасте закладываются и формируются не только основы здорового образа жизни, репродуктивное поведение, но приобретаются и вредные привычки, а от уровня здоровья этого поколения зависит развитие страны в целом. (Wakschlag L.S., 2006 г.; Антонова Е.В., 2010 г.; Модестов А.А., Косова С.А., Иванова А.И., 2012 г.; Кондратенко Т.И., Согияйнен А.А., Согияйнен Ю.М., 2013 г.)

По данным ряда авторов, вредным привычкам подвержены более половины юношей от 17 до 20 лет, из них треть заявили, о наличии хронических заболеваний, что в 2 раза ниже цифр официальной статистики.

При этом 90% юношей считают, что ведут здоровый образ жизни, а информацию о нем от медицинских работников и педагогов (сформированную сообщца), получает лишь каждый 4 юноша. (Leifman, H., Ostergerg, E., 2007 г.; Когутницкая М.И., 2011 г.; Кондратенко Т.И., 2013 г.; Ушакова Г.А., 2010 г.)

Частота курения в России вызывает особую тревогу, так как наблюдается тенденция к росту числа курящих детей, подростков, и, особенно, девушек. В возрасте 16-17 лет в России курят 16% девушек, а в более взрослом - не меньше трети женщин. По данным других авторов, курят почти 13% девушек-подростков, а их средний возраст на начало курения составляет 13 лет. Алкоголь большинство современных девушек начинают употреблять в среднем с 14 лет. При этом отмечается их низкая информированность о последствиях рискованного поведения. (Кацова Г.Б., Павленко Т.Н., Малеева Н.П., 2013 г.; Клименов Л.Н., Строзенко Л.А., 2013 г.; Когутницкая М.И., Хворостяная И.В., Литовка И.Ю., 2011 г.)

В настоящее время остро стоит вопрос о предгравидарной подготовке будущих родителей, начиная с подросткового возраста, по формированию у них мотивации к ведению здорового образа жизни, для осознанного родительства и ответственного поведения в период беременности. В настоящее время таких программ в первичном звене здравоохранения крайне мало, а роль здравоохранения и образования в формировании приверженности подростков к здоровому образу жизни незначительна и носит в целом декларативный характер. (Клименов Л.Н., Строзенко Л.А., 2013 г.; Модестов А.А., Косова С.А., Иванова А.И., 2012 г.; Соколова СБ., Кучма В.Р., 2013 г.)

Эмпирическое исследование эмоциональной и мотивационной сфер беременных, показало высокую тревожность у женщин, и увеличение числа таких факторов, вызывающих у них беспокойство и тревогу как возраст, семейное положение, уровень образования и особенности их мотивационной сферы. (Махмутова Р.К., 2011 г.) Это диктует необходимость укреплять систему информирования населения о здоровье, о факторах риска, повышать

медицинскую и психогигиеническую компетентность в отношении здорового образа жизни, а также услуг, связанных с формированием здорового образа жизни детей и подростков, молодежи, лиц среднего и пожилого возраста (Дудченко З.Ф., 2011 г.).

На сегодняшний день, несмотря на широкое освещение данной проблемы в литературе, сохраняется необходимость оптимизации информационного сопровождения беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей. Это требует анализа нормативной базы, регламентирующей для специалистов реализацию консультативно-профилактической работы с беременными.

1.3. Система антенатальной охраны здоровья детей: определение, история, правовое обеспечение, современные образовательные технологии

Антенатальная охрана (от лат. ante — перед и natus — рождение) это совокупность гигиенических, организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для нормального внутриутробного развития ребенка. Так как организм беременной является внешней средой для будущего ребенка и посредством кровеносной системы плаценты они связаны, то влияние внешней среды на организм и здоровье женщины как до- и во время беременности имеет важное значение для здоровья будущего ребенка. (Большая медицинская энциклопедия, третье издание под редакцией академика Б.В. Петровского, 1988 г.)

Предпосылки для возникновения и развития системы антенатальной охраны детей существовали еще в древних цивилизациях, где значимость периода беременности была абсолютно непреложной истиной. Считалось, что благополучие ребенка закладывается тогда, когда он находится в утробе матери, а ее благополучие – напрямую связано со здоровьем будущего младенца. Современная наука подтверждает мудрость народных традиций,

опыта народной медицины и педагогики: все, что происходит с беременной женщиной и вокруг нее, отражается на внутриутробном развитии ребенка. Исторический аспект данного вопроса наиболее полно отражен в работах Силласте Г.Г. (2012 г.), Листовой Т.А. (2001 г.), Цареградской Ж.А. (2005 г.).

Впервые вопрос об охране здоровья будущего ребенка поднял в 1895 г. известный французский акушер Adolphe Pinard, сделав доклад во Французской академии «Puericulture intrauterine». Уже тогда подавляющее число исследователей считали, что антенатальная охрана здоровья детей будет играть в будущем чрезвычайно важную роль в предупреждении рождения на свет заведомо больного потомства от алкоголиков, душевнобольных и т.д.

Согласно современному законодательству, антенатальная охрана здоровья детей должна осуществляться всей системой здравоохранения, а контроль выполнения этих мероприятий и непосредственное проведение их обеспечивают женские консультации, социально-правовые кабинеты при них, родильные дома и медико-генетические консультации, осуществляющие профилактику и лечение наследственных болезней. (Большая медицинская энциклопедия, третье издание под редакцией академика Б.В. Петровского, 1988)

Консультативно-профилактическая работа с беременными организуется в соответствии с Приказами Минздрава РФ, региональными приказами. Реализация этой деятельности входит в обязанности акушеров-гинекологов, акушерок, педиатров, терапевтов, участковых медицинских сестер и предусматривает их взаимодействие при организации профилактической работы с беременными.

Для повышения эффективности этой работы, в Ивановской области, в 1982 году была разработана и внедрена в деятельность женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник система АТПК – акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов. Она предполагала интеграцию усилий специалистов этих служб в достижении ими общей цели – сохранение здоровья поколения и определяла принципы их работы: общность

территории обслуживания, комплексность, этапность, и выраженная профилактическая направленность. (Инф.письма «Об организации АТПК в Ивановской области», «О принципах работы кустового АТП-комплекса», Иваново, 1982 г.)

Внутриведомственное взаимодействие медицинских работников в системе антенатальной охраны будущего ребенка, подразумевала четкий обмен информацией о взятии беременных на учет, течении беременности и состоянии здоровья пациенток. В то же время, на первом этапе проводилось наблюдение за здоровьем, как беременной женщины, так и здоровьем ее будущего ребенка. На втором этапе предполагалась реабилитация роженицы и диспансеризация новорожденных с учетом группы риска, а на третьем проводились мероприятия по планированию беременности, в том числе по профилактике нарушений здоровья у будущего ребенка. При этом на каждом этапе проводились комплексная оценка здоровья женщины, прогнозирование угрожаемой патологии для будущего ребенка, комплексное планирование и реализация мероприятий по профилактике возможной патологии, оценка качества их проведения, а также коррекция плана мероприятий. (Городков В.Н., 1986 г.)

Вместе с тем, в задачи специалистов входила организация профилактических мероприятий с социально неблагополучными семьями и комплексный контроль качества оказания медицинской помощи женщинам и детям. Главным системообразующим фактором при этом являлась одновременная ответственность каждой службы за здоровье матери и ребенка. При этом для повышения эффективности деятельности специалистов было предусмотрено их внутриведомственное взаимодействие, т.е. обмен информацией, обеспечивающий оперативность и объединение усилий по сохранению здоровья, как женщины, так и будущего ребенка. (Информационно-методические материалы «Организация профилактической работы с женщинами групп риска в условиях АТПК участка», Иваново, 1990 г.)

Опыт работы АТП-комплексов подтвердил эффективность совместной работы и расширил возможности решения ряда вопросов при комплексном участии акушерской, терапевтической и педиатрической служб (Бушмелева, Н.Н., 2011 г.; 2012 г.; Цуркан, С.В., 2010 г.; 2012 г.; Черкасов С.Н., 1997 г.; 2001 г.), но за последние годы эта интеграция несколько ослабла.

Между тем, современное представление об антенатальной охране будущего ребенка предполагает не только формирование и сохранение его здоровья во внутриутробном периоде. Внутриутробное воспитание и его роль в развитии будущего ребенка исследовались одним из основоположников методики раннего развития, Никитиным Б.П., при этом гипотеза о том, что обучающая среда – основной фактор динамики развития мозга, приводящий к его ускоренному созреванию как в до-, так и послеродовый периоды, была подтверждена экспериментально.

Несмотря на довольно обширную нормативную базу, в работах современных отечественных ученых (Лазарев М.Л., Лазарев И.М., 2010 г.) указано, что правовые и культурные аспекты охраны здоровья детей нуждаются в более широком междисциплинарном рассмотрении. При этом перинатальный период детства остается слабым звеном современной, как отечественной, так и международной нормативной базы по охране здоровья детей. Авторы считают, что для повышения эффективности мероприятий по пренатальной охране здоровья будущего ребенка необходимо обучать беременных приемам дородовой педагогики, а для этого необходима разработка программ и учебных пособий по перинатальному воспитанию с целью подготовки медицинских и педагогических работников, психологов.

Сегодня, в структуре Научного центра здоровья детей РАМН работает отделение пре- и перинатального здоровья детей, цель работы которого укрепление здоровья, как будущего ребенка, так и самой женщины в рамках пренатальной педиатрии, в том числе метода «Сонатал» (от лат. «sonus» — звук и «natal» — рожденный). Данный метод, подразумевает использование музыки

для воздействия на двигательную, эмоциональную, дыхательную сферы жизнедеятельности плода и даже на управление их развитием, что позволяет разработать программы обучения будущих матерей навыкам формирования здоровья ребенка. (Лазарев М.Л, 2009 г.)

Несмотря на то, что пренатальное обучение считается псевдонаучной теорией, все исследователи сходятся в том, что влияние пренатального периода на способности ребенка и уровень его развития очевидны. Вероятно, поэтому сегодня существует множество школ для работы с беременными женщинами («Сонатал», методика Кирюшина, педагогика Л.С. Островской, «Baby Plus Prenatal Education System» и др.), а также профилактических программ на уровне отношения к здоровью (нацеленных, например, на побуждения людей отказаться от курения или на увеличение их физической активности), либо на уровне патофизиологических изменений (например, выявление высокого содержания холестерина в крови и его снижение). Такие мероприятия действительно играют важную роль, однако их эффект будет ограниченным до тех пор, пока при их проведении будут игнорироваться медико-организационные и социальные факторы, связанные со средой и условиями жизни каждого человека.

1.4. Обоснование необходимости разработки медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей

Охрана здоровья граждан РФ является приоритетным направлением здравоохранения, а в связи со снижением общего уровня здоровья населения и ростом числа патологических родов, проблема рождения здоровых детей остается особо актуальной (Баранов А.А., 2012). Решением этой проблемы может быть формирование в стране современной системы перинатальной

помощи, что требует оптимизации правовой и информационной баз в области охраны жизни и здоровья новых поколений детей. (Лапин Ю.Е., 2010 г.; Баранов А.А., 2012 г.).

Нарушения образа жизни играют очень важную роль в возникновении и развитии практически всех заболеваний, и что не маловажно, от влияния факторов образа жизни будущих родителей, зависит здоровье их будущего ребенка. Учитывая, что нарушения образа жизни человека являются непосредственной причиной заболевания, то предупреждение его развития должно начинаться с коррекции нарушений образа жизни. (Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, О. С. Рунова, 2014 г.)

Многие отечественные ученые определили ключевые направления деятельности по формированию здорового образа жизни у населения в целом. К ним можно отнести повышение информированности по вопросам образа жизни и влияния его нарушений на здоровье, мотивации к ведению здорового образа жизни. (Агаларова Л.С., Ильясова У.Г., Исмаилова Г.А., Абдурахманова З.Ш., 2011 г.; Тамаева Ф.А., Саидов О.С., 2013 г.; Пономарева Н.Ю., Лупин С.А., Кобринский Б.А., 2011 г.) Это может стать основой оптимизации профилактической работы специалистов, осуществляющих медицинское сопровождение женщин в период беременности.

Значимость повышения информированности пациентов о возможностях изменения их образа жизни, рассмотрена в исследованиях зарубежных авторов. Авторы отмечают, что традиционные подходы к антенатальной охране здоровья детей, без учета образа жизни беременных, не способствуют повышению эффективности мероприятий, проводимых медицинскими работниками на антенатальном этапе. (Favre, N., 2012 г.; Te Morenga L., Mallard S., Mann J., 2012 г.; Filip M., Maciag J., Nosalski R., Korbut R., Guzik T. 2012 г.; Castelnuovo Di.A., Quasquaruccio, G., Donati M.B., 2009 г.; Patterson, A.J., Zhang L., 2010 г.; Stadelmann, S., 2010 г.; Barria R.M., 2008 г.; Chaves R.G., 2007 г.) Это

требует повышения роли медицинских работников в реализации консультативно-профилактических мероприятий для пациентов.

Между тем, результаты исследования системы «врач акушер-гинеколог – беременная женщина» (Алексеева Е.Г., 2011 г.) указывают, что более чем в трети случаев данная система, а значит и перинатальная профилактика, возникает достаточно поздно, практически во втором триместре. К тому же в 16% случаев женщина имеет несформированную репродуктивную установку, не желает общаться с лечащим врачом (25%) по причине как негативных межличностных отношений (27%), так и уже сложившегося мнения беременной о некомпетентности своего доктора (20%). Это определяет сниженную эффективность перинатальной профилактики, при этом в наибольшей степени это относится к 1 и 2 уровням профилактики (29% и 30% соответственно). Автор подчеркивает, что современная система перинатальной профилактики действует в условиях недостаточной информационной и мотивационной готовности, как медицинских работников, так и беременных женщин. Например, мотивация относительно приоритетности сохранения своего здоровья снижена более чем у половины беременных (53%) и более чем у трети женщин относительно приоритетности сохранения здоровья своего ребенка (34%). Ранжирование автором медико-социальных проблем управления факторами риска в системе «врач акушер-гинеколог – беременная женщина» показало, что к первым ранговым местам относятся высокая частота проведения перинатальной профилактики на фоне низкой мотивационной и информационной готовности, как специалистов, так и беременных женщин.

Вместе с тем, по мнению некоторых авторов (Деркунская Ю.С., 2009 г., Касьянова О.А., 2009 г.), деятельность медицинских работников в процессе сопровождения беременных часто носит травмирующий характер, не способствуя формированию у них готовности к материнству. Это также требует совершенствования подходов и методов профилактической работы с данным контингентом населения в условиях первичного звена здравоохранения. Данная

проблема в рамках социологии медицины рассмотрена комплексно в работах А.В. Решетникова, В.М. Чижовой, Е.А. Андриановой.

Демографическая ситуация в стране в полной мере отражает состояние здоровья населения, а невысокое качество профилактических мероприятий может быть обусловлено не только низкой медицинской активностью населения, его несформированной мотивацией и недостаточной информированностью. Такая ситуация может определяться перегруженностью медицинских работников и декларацией со стороны органов здравоохранения реализации профилактических мероприятий без реального их осуществления. (Погодина В.А., Шаропуто В.М., 2010 г.; Альбицкий В.Ю., Устинова Н. В., Куликов О.В., 2013 г.; Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Садыков М.М., 2013 г.; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2012 г.; Рунова О.С., 2010 г.)

Медико-организационные предпосылки по совершенствованию консультативно-профилактической работы с беременными и их семьями в системе антенатальной охраны здоровья детей существуют давно, однако исследований, описывающих содержание этой работы и позволяющих оценить ее результативность и эффективность, проводится недостаточно. Крайне мало научных работ, дающих комплексную характеристику образа жизни женщин в период беременности и оценку их информированности о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка, а также удовлетворенности пациенток рекомендациями, получаемыми от акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров.

Такая же ситуация складывается и с научными исследованиями, раскрывающими проблемы консультативно-профилактической деятельности медицинского персонала с беременными, с позиции внутриведомственного взаимодействия специалистов в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка. Кроме того, существует дефицит научных исследований об эффективности работы государственных учреждений первичного звена здравоохранения по антенатальной охране детей.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа, методы и базы исследования

Гипотеза научного исследования основывается на утверждении, что оптимизация профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей возможна при комплексном подходе, включающем своевременное и качественное информирование пациенток, а также внутриведомственное взаимодействие специалистов, осуществляющих эту деятельность.

Предметом данного исследования явился комплексный анализ данных опроса беременных женщин и медицинских работников, нормативных правовых документов и медицинской документации.

Объектами научного исследования стали: образ жизни беременных, их информированность о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка, удовлетворенность рекомендациями, получаемыми от медицинских работников; информированность медицинских работников по вопросам здоровья и образа жизни, осведомленность о нарушениях в образе жизни пациенток, удовлетворенность взаимодействием с другими специалистами при организации профилактического консультирования пациенток; содержание правовых документов по организации антенатальной охраны здоровья детей; данные медицинской документации о нарушениях образа жизни пациенток и выдаваемых им рекомендаций.

Методика научного исследования определялась многокомпонентностью термина «образ жизни», где важнейшими компонентами с позиции влияния на формирование здоровья будущего ребенка, являются медицинская активность и информированность, питание, физическая активность, режим труда и отдыха, психологическое благополучие, отсутствие/наличие вредных привычек.

Базами научного исследования являлись детские поликлиники, женские консультации и поликлиники общелечебной сети г. Иваново и Ивановской области. (Табл.1). Основной базой научного исследования было выбрано медицинское государственное бюджетное учреждение «Детская городская поликлиника № 6» (т.к. обслуживает более 20 000 детского населения Иваново, то есть треть детского населения города).

Таблица 1

Базы исследования (детские поликлиники, женские консультации, и поликлиники общелечебной сети г. Иваново и Ивановской области)

№	Наименование медицинской организации
1	«Детская городская поликлиника № 6» г.Иваново
2	«Городская клиническая больница №4», терапевтическое и эндокринологическое отделения
3	«Родильный дом № 1» г. Иваново: женская консультация №3, женская консультация №4
4	«Городская клиническая больница № 8» г. Иваново: женская консультация №2, женская консультация №7
5	«Кохомская городская больница»: женская консультация, поликлиника общелечебной сети, детская поликлиника
6	«Шуйская центральная районная больница»: женская консультация, поликлиника общелечебной сети, детская поликлиника
7	«Тейковская центральная районная больница»: женская консультация, поликлиника общелечебной сети, детская поликлиника
8	«Кинешемская центральная районная больница»: женская консультация, поликлиника общелечебной сети, детская поликлиника

При планировании исследования была разработана программа, позволившая изучить направления проблемы научного обоснования медико-организационных подходов к совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей и решить поставленные научно-практические задачи (Табл.2).

Программа (дизайн) исследования

Единицы и объем наблюдения	Предмет исследования	Инструмент
I ЭТАП. Анкетирование, полустандартизированное интервью, экспертный анализ		
Беременные женщины, состоящие на учете в женских консультациях (n = 612)	<ul style="list-style-type: none"> – образ жизни беременных женщин – информированность о влиянии нарушений образа жизни на здоровье будущего ребенка – удовлетворенность рекомендациями, получаемыми от медицинских работников 	тест-карта (86 вопросов) (прил.1)
Медицинский персонал женских консультаций, взрослых и детских поликлиник (n = 1204)	<ul style="list-style-type: none"> – информированность по вопросам профилактики нарушений здоровья у детей на антенатальном этапе – удовлетворенность внутриведомственным взаимодействием в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка 	тест-карта (14 вопросов) (прил.2)
II ЭТАП. Аналитический метод, выкопировка, экспертный анализ		
Листы дородовых патронажей (n = 241)	документальное закрепление сведений о нарушениях в образе жизни беременных и выдаваемых им рекомендациях	регистрационная карта данных листов дородовых патронажей
Федеральные законы, приказы, Порядки, информационные письма, методические рекомендации (n = 79)	внутриведомственное взаимодействие специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник при организации профилактического консультирования беременных по вопросам антенатальной охраны здоровья детей; основные проблемы в правовом регулировании профилактического консультирования беременных.	сводная таблица функциональных обязанностей специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник

III ЭТАП. Экспериментальный метод, анкетирование, экспертный анализ

Проводимые мероприятия	Инструмент
<i>Шаг 1: подготовка условий для совершенствования информационного сопровождения беременных в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка</i>	
– повышение квалификации специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по вопросам антенатальной охраны здоровья детей.	Методические рекомендации, дополнение образовательных программ до- и последипломого обучения специалистов
– создание базы информационных материалов, позволяющей использовать различные формы консультативно-профилактической работы с беременными женщинами.	Программа информационного сопровождения беременных
– разработка формы документального закрепления рекомендаций по образу жизни, выдаваемых беременным в медицинских организациях, предусматривающей четкость и своевременность проведения этой работы	«Листок профилактического консультирования пациента» (прил.3)
<i>Шаг 2: внедрение комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей и контроль их проведения</i>	
– внедрение программы информационного сопровождения беременных в деятельность кабинета здорового ребенка детской поликлиники	индивидуальные и коллективные занятия с беременными женщинами
– внедрение «Листка профилактического консультирования пациента» в деятельность специалистов участвующих в организационном эксперименте	контроль заполнения «Листков профилактического консультирования пациента»
<i>Шаг 3: мониторинг показателей, выбранных критериями эффективности внедрения комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию наблюдения за беременными в системе антенатальной охраны здоровья детей</i>	
– динамика нарушений образа жизни пациенток – динамика их информированности о влиянии этих нарушений на формирование здоровья ребенка	тест-карта (86 вопросов)
– значимость для беременных информации о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье ребенка – удовлетворенность пациенток рекомендациями от специалистов	карта балльной оценки значимости и удовлетворенности беременных информацией (прил.4)

На этапе поисковой работы были изучены и проанализированы отечественные и зарубежные литературные источники по вопросам:

- влияния различных факторов риска в период беременности на здоровье и развитие будущего ребенка, и их реализацию в периоде новорожденности;
- образа жизни беременных женщин, их информированности о влиянии его нарушений на здоровья будущего ребенка, и удовлетворенности пациенток рекомендациями по образу жизни, получаемыми от медицинских работников;
- информированности медицинских работников о нарушениях в образе жизни беременных женщин, а также реализации специалистами консультативно-профилактической работы с пациентками;
- удовлетворенности медицинских работников внутриведомственным взаимодействием в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка при организации информационного сопровождения беременных;
- эффективности существующих методик информационного сопровождения беременных по антенатальной охране здоровья детей.

На **I этапе** для проведения научного исследования использовались анкетирование, полустандартизованное интервью и экспертный анализ мнений респондентов. Анкетирование признано одним из наиболее адекватных потребностям исследователей методов сбора информации, используемых в социально-гигиенических, социально-психологических, социологических исследованиях (Решетников А.А., 2003 г.).

Проводилось анкетирование беременных женщин и медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, для чего были специально разработаны анкеты. Анкета для беременных содержала 86 вопросов, которые касались:

- образа жизни беременных женщин и его нарушений, которые влияют на формирование здоровья будущего ребенка: режим дня, труда и отдыха,

- питание, физическая активность, эмоциональные нагрузки, вредные привычки, факторы профессионального риска (42 вопроса);
- медицинской активности беременных, в том числе информированности о влиянии нарушений образа жизни на формирование здоровья будущего ребенка (28 вопросов);
 - удовлетворенности беременных взаимодействием с медицинскими работниками, в том числе получаемыми рекомендациями, при реализации специалистами профилактического консультирования (14 вопросов).

Данная анкета позволила охарактеризовать образ жизни и информированность беременных о влиянии его нарушений на формирование здоровья будущего ребенка, а также уровень удовлетворенности пациенток информированием по этим вопросам в женских консультациях, поликлиниках общелечебной сети и детских поликлиниках.

- Анкета для медицинских работников включала 14 вопросов, касающихся:
- информированности специалистов по вопросам здоровья и профилактики его нарушений у детей на антенатальном этапе (10 вопросов);
 - удовлетворенности медицинских работников внутриведомственным взаимодействием в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка при организации консультативно-профилактических мероприятий с беременными (4 вопроса).

Анализ данных опроса специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник позволил оценить их информированность по вопросам формирования и сохранения здоровья, осведомленность о нарушениях в образе жизни своих пациенток, а также удовлетворенность внутриведомственным взаимодействием друг с другом, в части обмена информацией, в том числе профилактическом консультировании беременных женщин в рамках антенатальной охраны здоровья детей.

Все использованные при проведении исследования тест-карты разработаны автором, а при их составлении учитывались рекомендации по

организации сбора медико-социологической информации (Решетников А.В., 2003 г.). При разработке анкеты были соблюдены все требования, предъявляемые к ее составлению: она учитывала социально-психологические особенности опрашиваемых; вопросы, включенные в анкету, были ясными, четкими и не содержали неоднозначных, непонятных для респондентов терминов и понятий. Анкеты включали закрытые вопросы с предусмотренными заранее вариантами ответов, что позволило более четко и строго их интерпретировать. В анкете предлагалось выбрать один или несколько ответов.

Анкетирование проводилось в условиях женских консультаций, взрослых и детских поликлиник, анонимно, что позволяло избежать неискренних ответов на вопросы, при этом респонденты заполняли анкету как самостоятельно, так и в присутствии анкетера. Анкеты включали краткое обращение к респондентам, в котором выражалась просьба принять участие в опросе, указывалась цель опроса и условия заполнения анкет.

Опрос медицинских работников проводился однократно, в начале исследования, а беременных женщин дважды: в начале исследования и по окончании организационного эксперимента.

Количество респондентов (612 беременных женщин и 1204 медицинских работника) определялось предварительным расчетом репрезентативности выборки, и подтверждается расчетами с использованием формулы определения необходимого количества наблюдений (Миняев В.А., Вишняков Н.И., 2002):

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{\Delta^2},$$

где t – доверительный коэффициент Стьюдента, показывающий вероятность того, что размеры показателя не будут выходить за границы предельной ошибки ($t = 2$, что обеспечивает 95% вероятность безошибочного прогноза); p – изучаемый относительный показатель; q = альтернативный (противоположный) показатель; $(100 - p)$; Δ - предельная ошибка показателя. Предельная ошибка, которую можно допустить, чтобы разброс значений показателя не превышал разумные границы, 5%:

$$n = \frac{2^2 \times 50 \times 50}{5^2} = 400$$

Проводилась статистическая обработка данных опроса беременных женщин, медицинских работников, а также данные выкопировки медицинской документации детей (ф.112/у), в части листов дородовых патронажей.

Проведя пробное исследование в группе наблюдения методом анкетирования, мы пришли к заключению, что оно может быть дополнено полустандартизованным индивидуальным интервью с использованием бланков анкет. Подобное сочетание позволяет сформировать мотивацию у респондентов к сотрудничеству с исследователем, вызвать интерес к предмету опроса, преодолеть невнимательное отношение респондентов к исследованию и исключить небрежное заполнение анкет, что позволяет в результате получить точную и качественную информацию. Тип «интервью мнений» позволил выявить ряд оценок, суждений, взглядов респондентов, описанных в соответствующих разделах работы.

Результаты проведенного исследования были изучены экспертами, которые привлекались для анализа отдельных аспектов образа жизни беременных. В качестве экспертов были приглашены специалисты, имеющие стаж работы в здравоохранении 10 лет и более:

- врачи акушеры-гинекологи, терапевты, педиатры и неврологи, имеющие квалификационную категорию по специальности «акушерство и гинекология», «терапия», «педиатрия», «общественное здоровье и здравоохранение», «неврология»;
- преподаватели кафедр поликлинической педиатрии, организации здравоохранения и общественного здоровья ИПО, ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ России, имеющие квалификационную категорию по специальностям «акушерство и гинекология», «терапия», «педиатрия», «общественное здоровье и здравоохранение», «неврология» и ученую степень кандидатов или докторов медицинских наук.

Они оценивали указанные варианты ответов о компонентах образа жизни, свойственных конкретным респондентам с позиции акушеров-гинекологов, терапевтов, педиатров, неврологов, психологов, организаторов здравоохранения и педагогов.

На **II этапе**, для проведения научного исследования использовались методы выкопировки данных и экспертного анализа. Был проведен анализ нормативных документов, регламентирующих для специалистов консультативно-профилактическую деятельность с беременными и анализ данных медицинской документации. Это позволило определить основные проблемы нормативного регулирования деятельности специалистов в консультативно-профилактической работе с беременными, а также проблемы внутриведомственного взаимодействия специалистов по вопросам профилактики рождения детей с нарушениями здоровья и развития.

При анализе нормативных документов, регламентирующих для медицинских работников организацию мероприятий по антенатальной охране здоровья детей, в части профилактического консультирования беременных женщин была разработана сводная таблица, отражающая функциональные обязанности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник в реализации этой деятельности.

Экспертный анализ и выкопировка данных из медицинской документации детей (ф.112/у), в части листов дородовых патронажей беременных (n=241) позволили оценить полноту и четкость внесения в медицинскую документацию сведений о нарушениях в образе жизни беременных, тематика и документальное закрепление выдаваемых им рекомендаций, для чего использовалась специально разработанная сводная таблица.

III этап предусматривал разработку и внедрение комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей, а также оценку

эффективности его внедрения. Использовались данные, полученные на предыдущих этапах, а также анализировались учебные программы подготовки акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров в клинической ординатуре, на циклах повышения квалификации.

Подготовка условий для оптимизации информационного сопровождения беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей включала проведение семинаров и конференций для специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник; систематизацию информационных материалов по вопросам антенатальной профилактики нарушений здоровья детей и его формирования на самых ранних этапах развития будущего ребенка. Это позволило разработать программу информационного сопровождения беременных, комплекс рекомендаций-памяток для них, а также методические рекомендации для специалистов женских консультаций, взрослых и детских поликлиник.

Совершенствование медицинской документации подразумевало разработку формы документального закрепления рекомендаций, выдаваемых беременным при их профилактическом консультировании, которая исключала дублирование информации, получаемой пациентками в разных учреждениях, но гарантировала получение ими рекомендаций по всем аспектам антенатальной охраны здоровья детей.

Организационный эксперимент и контроль его проведения осуществлялся на базе ОБУЗ «Детская поликлиника №6», г. Иваново. В деятельность кабинета здорового ребенка данной поликлиники была внедрена программа информационного сопровождения беременных, где занятия с пациентками проводились 2 раза в неделю, в группах по 5-7 человек. Обучение беременных осуществлялось в зависимости от уровня их информированности и мотивации к изменению своего образа жизни. Для внедрения формы документального закрепления рекомендаций, и оценки эффективности этого внедрения в организационный эксперимент были привлечены также другие женские

консультации, взрослые и детские поликлиники г. Иваново и Ивановской области.

В организационный эксперимент, методом случайной выборки из числа беременных группы наблюдения (n=612), были включены 215 пациенток, которые были разделены на 2 группы. В основную группу (n=103) были включены беременные женщины, обучавшиеся по программе информационного сопровождения, а их информирование акушером-гинекологом, терапевтом и педиатром реализовывалось с оформлением «Листа профилактического консультирования». К контрольной группе (n=112) были отнесены беременные женщины, которые получали рекомендации в женских консультациях, взрослых и детских поликлиниках и из других доступных источников, кроме обучения по программе информационного сопровождения, а их информирование не предполагало документального закрепления рекомендаций в «Листах профилактического консультирования».

Текущий контроль проводимой работы и оформления медицинской документации проводился заведующими женской консультацией, поликлиникой общелечебной сети и детской поликлиникой. Заключительный контроль оформления специалистами медицинской документации осуществлялся главным врачом ОБУЗ «Детская поликлиника №6».

Мониторинг показателей, выбранных критериями эффективности проводимой работы включал анализ результатов итогового анкетирования этих пациенток. У беременных основной и контрольной групп оценивались динамика частоты нарушений в образе жизни и уровень информированности пациенток о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка.

У беременных основной группы также проводился мониторинг значимости информации, и удовлетворенности информированием специалистами женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник. Для этого была разработана «Карта балльной оценки значимости информации и удовлетворенности беременных женщин

информацией, получаемой в системе антенатальной охраны здоровья детей». За основу ее была взята «Карта балльной оценки значимости различных групп информации и удовлетворенности информацией у больных МКБ». (Баклушина Е.К., Симба М.М., 2010 г.)

Предложенная карта включала вопросы соответствующие тематике разработанной программы информационного сопровождения беременных по нарушениям образа жизни пациенток, которые и являются факторами риска для здоровья будущего ребенка: изменения в организме при беременности, образ жизни семьи, режим труда и отдыха беременной, питание беременной, влияние стресса на здоровье будущего ребенка, физическая активность, подготовка и поведение в родах, грудное вскармливание, уход за новорожденным в домашних условиях, воспитание ребенка.

При опросе беременных уточнялись сведения, позволяющие разделить их на группы в зависимости от возраста, срока беременности, образования и семейного положения, которые по нашим данным, не оказывают существенного влияния на различные показатели образа жизни, т.к. статистически достоверной разницы показателей в этих группах не установлено. При опросе медицинских работников уточнялись сведения, позволяющие разделить их по специальности, стажу трудовой деятельности, должности и возрасту. Однако, различия были получены преимущественно в группах, разделенных по специальности респондентов, которые мы включили в разделы описания собственных результатов исследования.

Обработка полученных показателей проводилась с помощью программы STATISTIKA 7.0 компании STATSOFT в среде WINDOWS. Применялись методы описательной статистики, расчет параметрических и непараметрических критериев для оценки статистической значимости различий.

Для расчета достоверности различий полученных данных в связи с большим объемом сравниваемых выборок использовался t-критерий

Стьюдента, а результаты анализа показателей «значимость информации» и «удовлетворенность информированием» представлялись в виде $M \pm m$ (M – среднее значение, m – ошибка среднего значения) с определением степени достоверности различий (в зависимости от рассчитанного значения t-критерия и объема выборки). В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение $p < 0,05$.

В работе использовалось графическое сопровождение полученных данных, созданное при помощи пакета Microsoft Office-2010 (Word, Excel). Предложенная программа исследования обеспечила получение информации для достижения поставленной цели и задач.

Таким образом, разработанная программа и использованные методы исследования позволили решить основные задачи, поставленные в работе. Особенностью исследования явилось использование автором специально разработанных первичных документов.

2.2. Характеристика участников исследования

При статистической обработке, систематизации и описании материала, полученного методом анкетирования, был использован метод типологической группировки. В группу исследования вошли 612 беременных, состоящих на учете в женских консультациях. (Табл.3). Из их числа, методом случайной выборки, в организационный эксперимент были включены 215 пациенток.

Основную часть беременных составили женщины в возрасте от 26 до 35 лет (45,92%). Остальные женщины распределились так: до 20 лет – 15,68%, 21-25 лет – 25,00%, 36-40 лет и старше – 13,40%. По срокам гестации женщины были разделены на беременных I (18,30%), II (39,71%) и III триместров (41,99%). Значительная часть женщин имели среднее образование (46,74%) и высшее (в т.ч. неоконченное высшее) образование (33,98%).

Соответственно, это взрослые женщины, с достаточным уровнем культурного и интеллектуального развития, предположительно заинтересованные в повышении своей информированности, медицинской активности, имеющие, как правило, сформировавшиеся потребности в ведении здорового образа жизни и рождении здорового потомства.

Таблица 3

Социально-гигиеническая характеристика беременных женщин

№ п/п	Градация	Абс.	%
Распределение беременных по возрасту			
1	До 20 лет	96	15,68%
2	От 21 до 25 лет	153	25,00%
3	От 26 до 35 лет	281	45,92%
4	От 36 до 40 и старше	82	13,40%
ИТОГО:		612	100%
Распределение беременных по срокам гестации			
1	I триместр (1-12 неделя)	112	18,30%
2	II триместр (13-24 неделя)	243	39,71%
3	III триместр (25-40 неделя)	257	41,99%
ИТОГО:		612	100%
Уровень образования пациенток			
1	Ниже среднего	118	19,28%
2	Среднее	286	46,74%
3	Высшее, в т.ч неоконченное	208	33,98%
ИТОГО:		612	100%

При анкетировании 1204 медицинских работников первичного звена здравоохранения, респонденты были разделены по специальности и профессиональной деятельности: акушеров-гинекологов (n = 299), акушерок и медицинских сестер женских консультаций (n = 102), терапевтов (n = 291), участковых терапевтических медицинских сестер (n = 111), педиатров (n = 295), участковых педиатрических медицинских сестер (n = 106). Кроме того, респонденты были разделены в зависимости от трудового стажа в профессиональной деятельности: до 1 года (n = 215), до 5 лет (n = 261), до 10 лет (n = 289), до 20 лет (n = 231), более 20 лет (n = 208). (Табл. 4)

Специалисты могут быть охарактеризованы следующим образом: это медицинский персонал, в равной степени осуществляющий свою деятельность

в государственных учреждениях первичного звена здравоохранения (женских консультациях, поликлиниках общелечебной сети и детских поликлиниках), обладающий достаточным трудовым стажем (от 5 до 10 лет) и достаточной информированностью в вопросах антенатальной охраны здоровья детей, а также имеющий сформировавшуюся мотивацию к эффективной организации консультативно-профилактической работы с населением, в том числе с беременными женщинами и их семьями.

Таблица 4

Социально-гигиеническая характеристика специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник

№	Показатель	Абс.	%
1.	- акушерская служба	401	33,31%
	- терапевтическая служба	402	33,38%
	- педиатрическая служба	401	33,31%
ИТОГО:		1204	100%
2.	- врач акушер-гинеколог	299	24,83%
	- акушерка, медсестра гинекологического кабинета	102	8,47%
	- врач терапевт участковый	291	24,16%
	- медицинская сестра терапевтическая участковая	111	9,21%
	- врач педиатр участковый	295	24,50%
	- медицинская сестра педиатрическая участковая	106	8,80%
ИТОГО:		1204	100%
3.	- до 1 года	215	17,85%
	- до 5 лет	261	21,67%
	- до 10 лет	289	24,00%
	- до 20 лет	231	19,18%
	- более 20 лет	208	17,27%
ИТОГО:		1204	100%

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВЛИЯНИИ ЕГО НАРУШЕНИЙ НА ЗДОРОВЬЕ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ИНФОРМАЦИЕЙ, ПОЛУЧАЕМОЙ ОТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

3.1. Оценка беременными женщинами своего образа жизни и его отдельных компонентов

При анализе образа жизни беременных очень важна его самооценка, так как она позволяет не только выявить конкретные факторы его нарушения, но и является отправной точкой изменения отношения женщин к своему здоровью. Это расширяет возможности медицинских работников при проведении профилактического консультирования беременных, способствует формированию у женщин мотивации к изменению своего образа жизни, а также увеличивает шанс рождения более здоровых детей.

По результатам опроса 612 беременных, большинство из них считали, что ведут здоровый образ жизни (53,6%), треть указали, что их образ жизни нездоровый (28,3%), а у каждой пятой пациентки оценка своего образа жизни вызвала затруднение (18,1%). (Рис. 1)



Рис. 1. Самооценка образа жизни беременных женщин (данные опроса 612 пациенток, %)

Обоснованность подобной оценки беременными своего образа жизни позволил определить подробный анализ его компонентов. Общеизвестно, что серьезным фактором нарушений внутриутробного развития детей являются частые стрессовые ситуации, испытываемые беременными женщинами. Особенно это касается напряженных или конфликтных отношений в семье: с мужем (60,1 на 100 опрошенных), и/или с родителями (64,5 на 100 опрошенных). (Табл. 5.)

Таблица 5

Самооценка беременными взаимоотношений с семьей
(по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Ваши отношения в семье обычно	с мужем		с родителями	
	Абс.	на 100 опрошенных	Абс.	на 100 опрошенных
Напряженные	185	30,2	201	32,8
Конфликтные	183	29,9	194	31,7

Ситуаций эмоционального напряжения избежать непросто, и в целом, 97,9% беременных указывают, что постоянно (37,9%), часто (46,2%) или изредка (13,7%) испытывают стресс (Рис. 2).

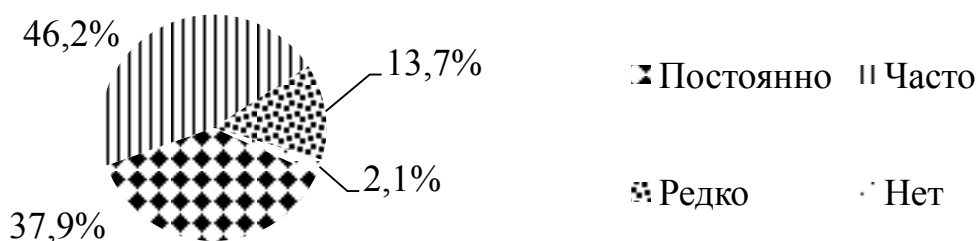


Рис.2. Доля беременных, испытывающих эмоциональное напряжение (данные опроса 612 пациенток, %)

При этом лишь 5,1% женщин, при возникновении стрессовых ситуаций, придерживались принципа «здоровье дороже». Остальные опрошенные указывали на проявления реакций, действующих разрушительно на здоровье как самих женщин, так и здоровье будущего ребенка: раздражение, агрессия (31,5%), чувство паники (23,2%), расстройство, глубокие переживания (18,4%), «уход в себя» (12,5%), а некоторые даже заболели (9,3%). (рис.3.)

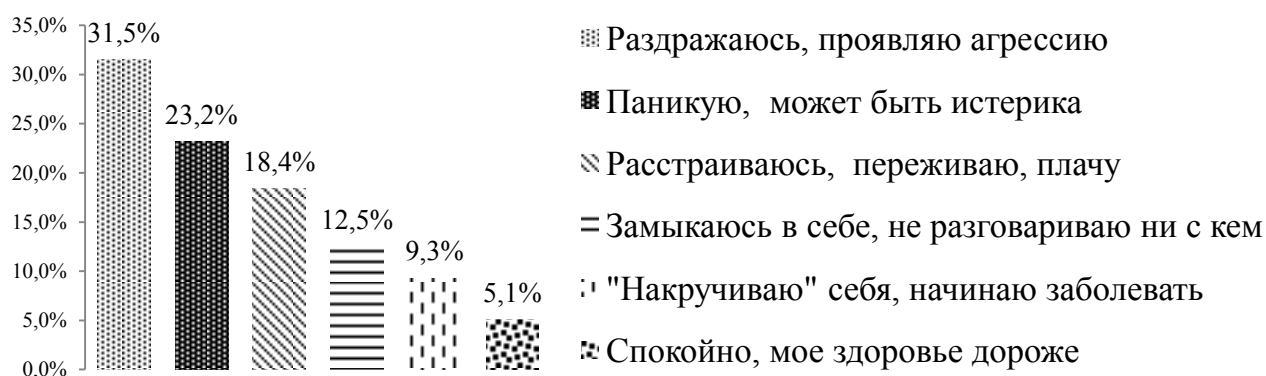


Рис. 3. Реакция, наиболее привычная для беременных женщин в ситуации эмоционального напряжения (по данным опроса 612 пациенток, %)

Из предложенных нами методов психологической разгрузки и снятия эмоционального напряжения треть женщин указывали на оптимальные способы выхода из стрессовых ситуаций: беседы с друзьями и близкими (39,1 на 100 опрошенных), прогулки на свежем воздухе (30,6 на 100 опрошенных). Каждая пятая беременная предпочитала сон (24,0 на 100 опрошенных), уборку в доме (20,1 на 100 опрошенных), водные процедуры (19,0 на 100 опрошенных), и релаксационные методики (15,0 на 100 опрошенных).

В то же время, пациентки часто выбирали и менее полезные варианты выхода из ситуаций эмоционального напряжения: «заедание» стресса (46,6 на 100 опрошенных), прием успокоительных средств (24,2 на 100 опрошенных), курение (14,5 на 100 опрошенных), и прием алкоголя (12,3 на 100 опрошенных). (Рис.4.)



Рис. 4. Способы снятия эмоционального напряжения, выбираемые беременными (по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Высокая частота выбора пациентками негативных способов снятия эмоционального напряжения, определяет их низкую информированность о влиянии их образа жизни на здоровье будущего ребенка. Это подчеркивает необходимость формирования у женщин стрессоустойчивости, прежде всего путем своевременного и грамотного повышения их информированности о влиянии эмоционального напряжения на здоровье будущего ребенка.

В связи с тем, что режим труда и отдыха также взаимосвязан с развитием будущего ребенка, а его нарушения приводят к рождению детей с ослабленным здоровьем, мы провели его анализ у пациенток, участвующих в исследовании.

(Рис. 5)

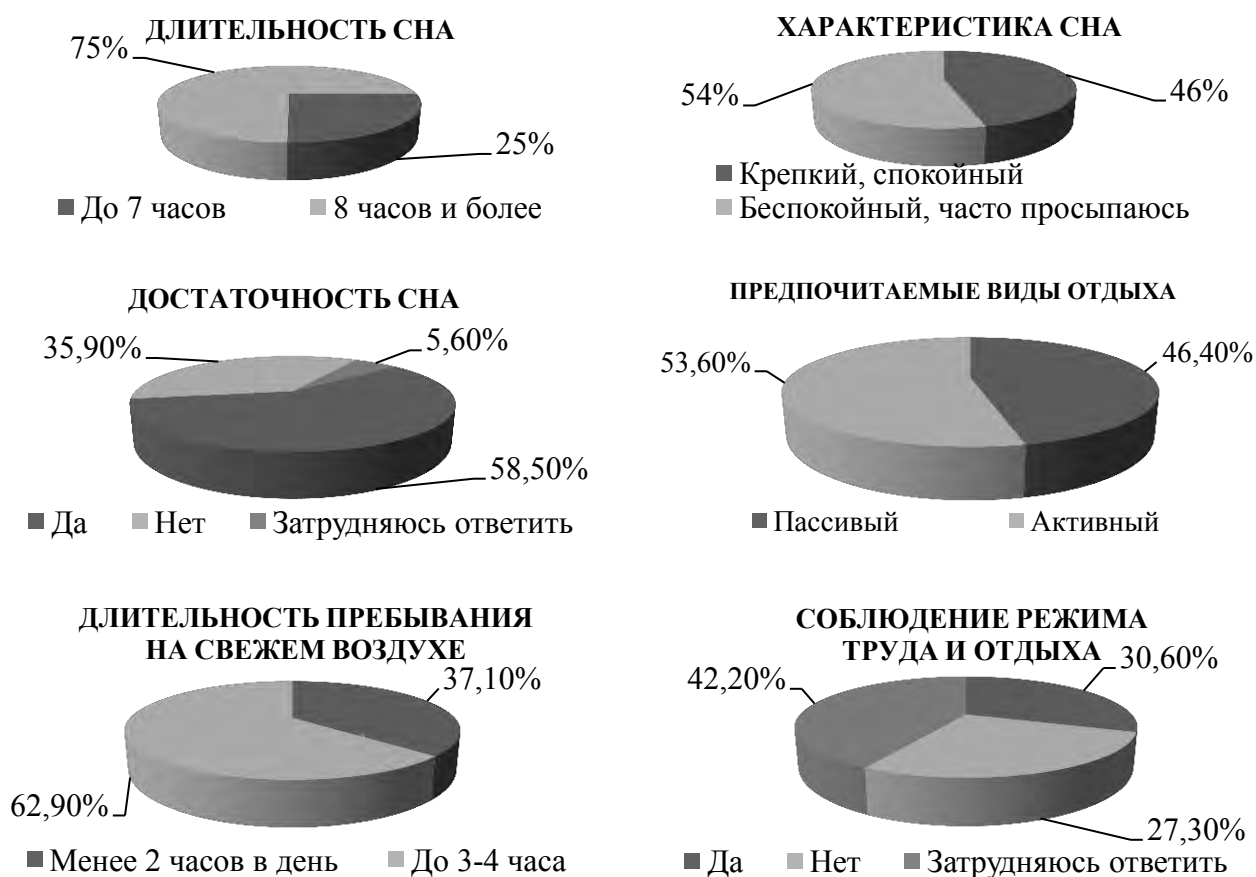


Рис. 5. Характеристика беременными своего режима труда и отдыха (по данным опроса 612 пациенток, %)

Установлено, что лишь треть пациенток считали, что соблюдают режим труда и отдыха. Основная же доля респондентов, указывали на его нарушение (27,3%), либо затруднялись в его оценке (42,2%). При этом 40,6% пациенток

указывали на наличие в их образе жизни присутствуют факторы профессионального риска, а также отмечали, что предпочитают пассивные виды отдыха (53,6%), и проводят на свежем воздухе менее 2 часов в день (37,1%). Большинство беременных отмечали, что тратят на сон 8 часов в сутки и более (74,8%), однако более трети из них не высыпались (35,9%), так как спали беспокойно, с частыми пробуждениями (53,9%).

Среди причин нарушений своего сна, женщины чаще указывали на эмоциональные нагрузки, тревожность (51,0%), длительные просмотр телевизора и чтение книг (30,6%), поздний отход ко сну и ранний подъем (24,5%), а также длительное нахождение за компьютером (17,0%).

Полученные данные также указывают на низкую информированность беременных о необходимости соблюдения режима дня, труда и отдыха не только для сохранения своего здоровья, но и формирования здоровья будущего ребенка, что определяет важность их своевременного и грамотного информирования.

Характер питания женщин в период беременности играет важную роль в формировании здоровья будущего ребенка. Лишь половина беременных указывали на соблюдение принципов рационального питания (65,8%), и считали что хорошо информированы по этому вопросу (54,4%), при этом, 79,8% женщин указывали, что не соблюдают принципов рационального питания (34,2%), или плохо информированы по этому вопросу (45,6%). (Рис. 6)

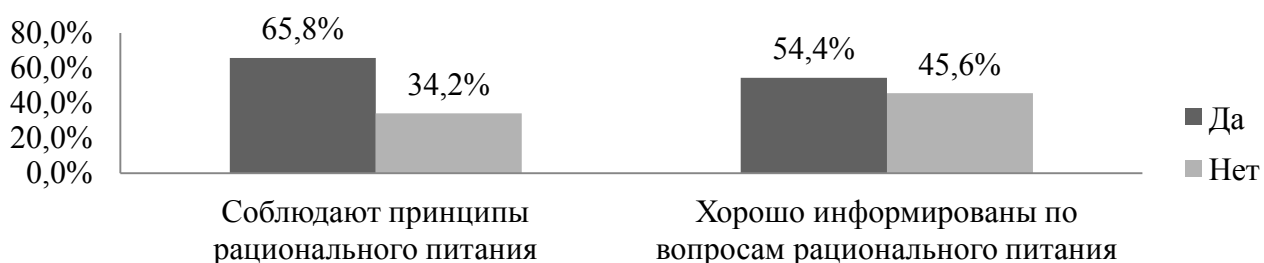


Рис. 6. Соблюдение беременными женщинами принципов рационального питания и информированность о нем (по данным опроса 612 пациенток, %)

Насколько обоснована такая оценка беременными женщинами своего питания, показал анализ их пищевого поведения. Лишь 12,7% женщин принимали пищу 5 и более раз в день, большинство же из них указывали, что питаются до 4 раз в сутки (51,1%), 2-3 раза в сутки (27,5%), либо 1-2 раза в сутки (8,7%). Кроме того, часть женщин имели нарушение режима питания в виде снижения кратности употребления горячей пищи (18,7%). (Рис. 7)

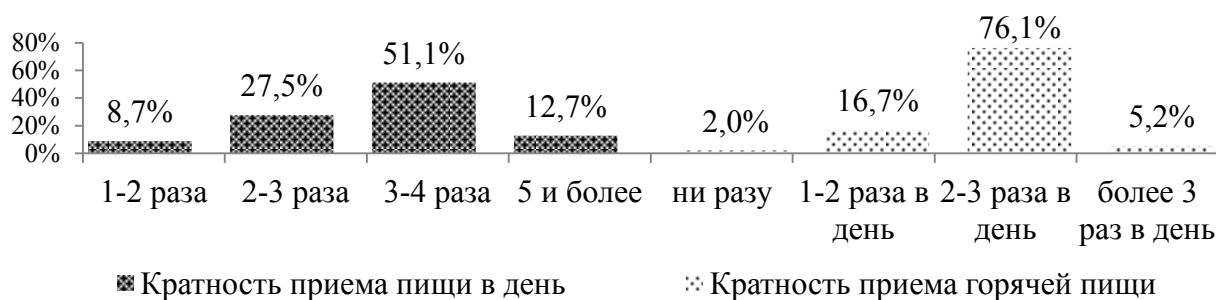


Рис.7. Режим питания беременных (по данным опроса 612 пациенток, %)

Более половины беременных указали, что предпочитают легкий завтрак (53,1 на 100 опрошенных), второй завтрак (51,3 на 100 опрошенных), обед (57,4 на 100 опрошенных), а также легкий прием пищи перед сном (51 на 100 опрошенных). Значительная часть женщин плотно полдничают (56,8 на 100 опрошенных) и ужинали (45,5 на 100 опрошенных). Некоторые беременные отказывались от приема пищи утром (25 на 100 опрошенных), в обед (5,2 на 100 опрошенных), а так же вечером (31,8 на 100 опрошенных) и на ночь (36,8 на 100 опрошенных). (Рис.8).

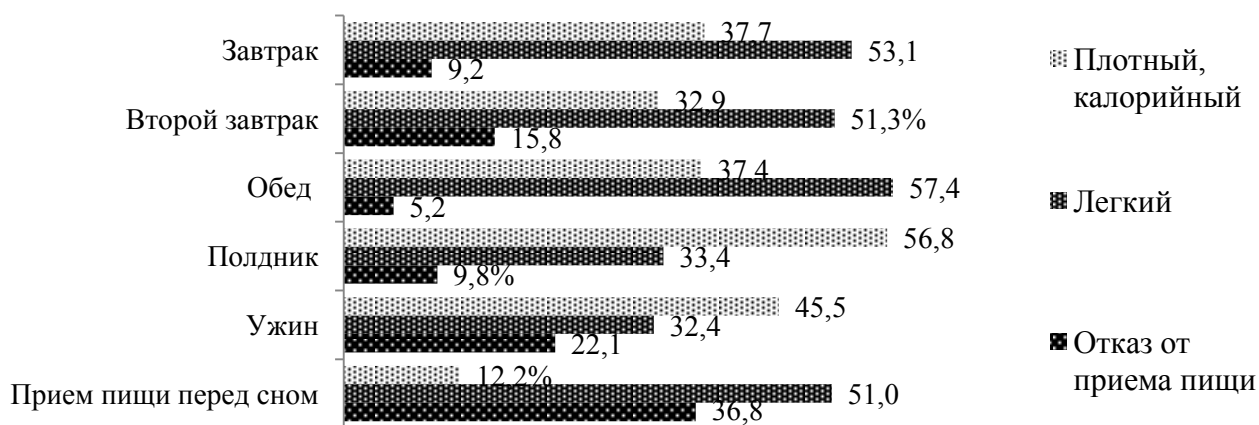


Рис.8. Объем пищи, принимаемой беременными в течение дня (по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Особенность питания женщин в период беременности заключается, в том числе и в необходимости сбалансированности рациона по основным питательным веществам (белки, жиры, углеводы), обогащения витаминами, минералами и микроэлементами. При этом более трети беременных оценивали свое питание как несбалансированное (35,1%), а каждая пятая беременная не знала, как его оценить (21,8%). (Рис. 9)

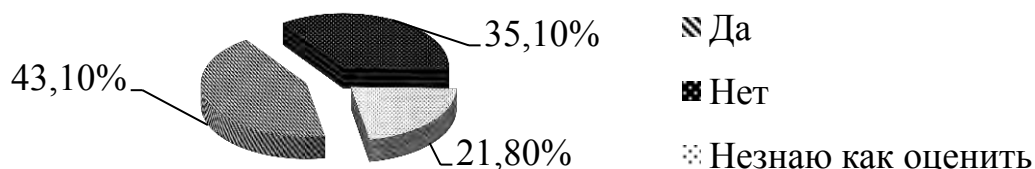


Рис.9. Оценка беременными женщинами своего рациона питания (по данным опроса 612 пациенток, %).

В то же время, по данным опроса, питание беременных женщин в большинстве случаев характеризуется как дефицитом, так и повышенным содержанием питательных веществ в рационе. Так, более половины женщин (57,2 на 100 опрошенных) исключали из рациона продукты питания, содержащие основные питательные вещества. Встречались беременные, которые ежедневно (10 на 100 опрошенных) или 3-4 раза в неделю (22,7 на 100 опрошенных) употребляли кондитерские изделия и сладости, что избыточно и не полезно как для них самих, так и для ребенка. (Рис. 10)



Рис. 10. Рацион питания беременных женщин (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Такой характер питания беременных женщин оказывает негативное влияние на формирование здоровья будущего ребенка, что еще раз свидетельствуют о необходимости не только повышения их информированности в данном вопросе, но и формирования мотивации к изменению своего пищевого поведения в лучшую сторону.

Адекватная физическая активность женщин в период беременности играет важную роль в обеспечении жизнедеятельности будущего ребенка, так как улучшает его внутриутробное питание и дыхание. Для оптимизации своей физической активности женщинам в период беременности необходимо делать утреннюю зарядку, либо заниматься гимнастикой в соответствии со сроком гестации. Однако данные опроса пациенток показали, что почти половина считали ее низкой (48,5%). (Рис. 11).

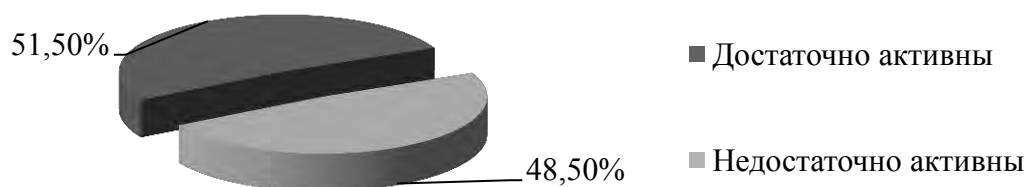


Рис.11. Оценка беременными своей физической активности за день (%)

Высокая оценка беременными своей физической активности весьма условна, так как при анализе отношения женщин к ней лишь треть из них считают, что занятия физкультурой необходимы для здоровья (34,5%), и при всей ее полезности, на это нет времени (36,4%), а плохому здоровью физкультурой не поможешь (29,1%). (Рис. 12)

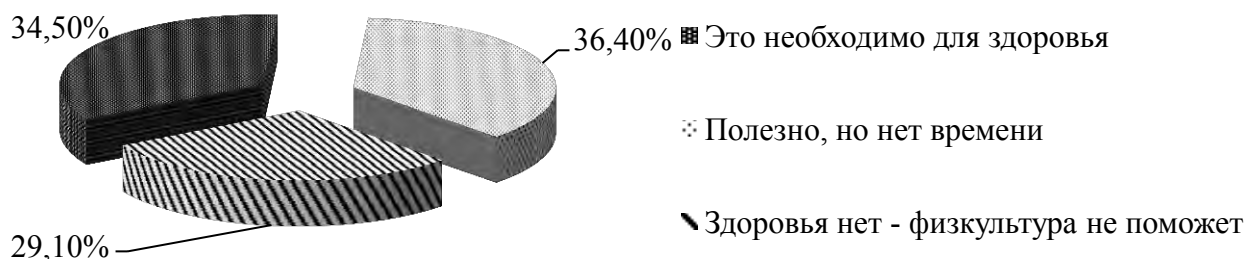


Рис.12. Отношение беременных к занятиям физической культурой (%)

В данном случае, отношение женщин к занятиям физической культурой вполне объясняет то, что делали утреннюю зарядку ежедневно лишь 13,4% женщин, и очень редко еще 15,2%. (Рис. 13).

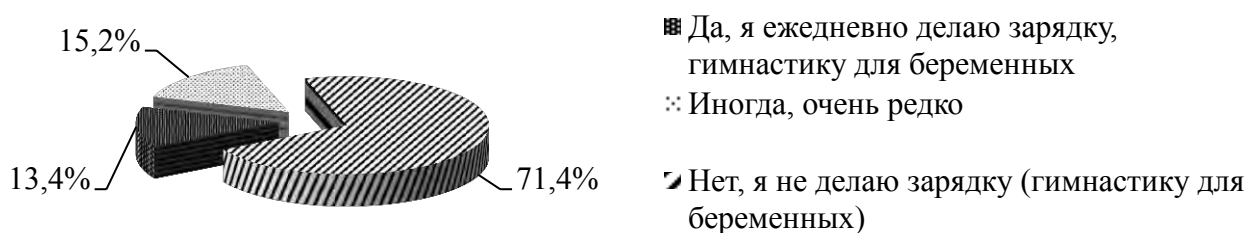


Рис.13. Приверженность беременных к занятиям физкультурой (%)

Вместе с тем 86,6% пациенток, не делающих или иногда делающих утреннюю зарядку (гимнастику для беременных), указывали на отсутствие времени (39,1%) и лень (33,4%), как на основную причину отказа от занятий физкультурой. Почти четверть женщин считали это бессмысленным занятием (21,8%), а 5,6% пациенток были уверены, что беременность является противопоказанием для такой физической нагрузки (рис. 14)

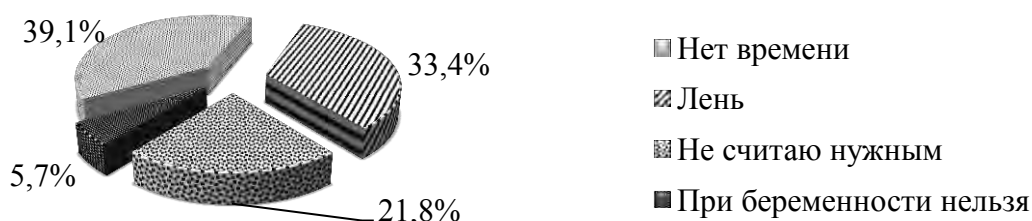


Рис. 14. Основная причина низкой физической активности беременных (данные опроса 612 пациенток, %)

Низкая физическая активность беременных, обусловленная недооценкой ими ее роли для здоровья, в том числе будущего ребенка, говорит о необходимости не только повышения информированности пациенток по этому вопросу, но организации гимнастических занятий с ними, в зависимости от триместра беременности.

Между тем, крайне неблагоприятная тенденция прослеживалась при изучении вопроса о том, насколько наступление беременности способствовало изменению образа жизни женщин. (Рис. 15, Табл. 6).

Таблица 6

Частота вредных привычек у женщин до- и в период беременности

Вредные привычки	До периода беременности:		Во время беременности:	
	n = 612		n = 612	
	Абс	%	Абс	%
Нет	354	57,8	462	75,5
Да, курение	235	38,4	96	15,7
Да, употребление алкоголя	212	34,6	73	11,9
Количество сигарет в день:	n = 235		n = 96	
	Абс	%	Абс	%
	до 10 сигарет	88	37,4	63
пачку в день	95	40,4	25	26,0
больше пачки в день	52	22,1	8	8,3
Частота употребления алкоголя:	n = 212		n = 73	
	Абс	%	Абс	%
	До 2 раза в месяц	73	34,4	39
1 раз в неделю	94	44,3	31	42,5
Чаще 1 раза в неделю	45	21,2	3	4,1

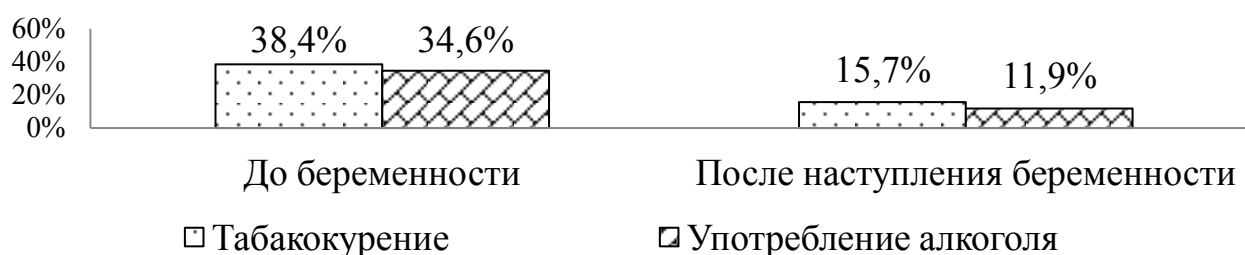


Рис. 15. Динамика отказа женщин от вредных привычек при наступлении у них беременности (данные опроса 612 пациенток, %).

На табакокурение (38,4%) и употребление алкоголя (34,6%) до беременности указывали более трети пациенток. При этом ее наступление явилось причиной отказа от вредных привычек лишь для 108 женщин (30,5%) от числа имевших их до беременности (57,8%). На наш взгляд это является признаком низкой или неверной информированности женщин о взаимосвязи их образа жизни с формированием здоровья ребенка в период беременности.

И действительно, почти половина пациенток либо отрицали взаимосвязь своего образа жизни с процессом внутриутробного роста и развития будущего ребенка (17%), либо не задумывались над этим вопросом (23,4%), т.е. не соотносили формирование его здоровья с необходимостью изменения своего образа жизни. (рис.16)

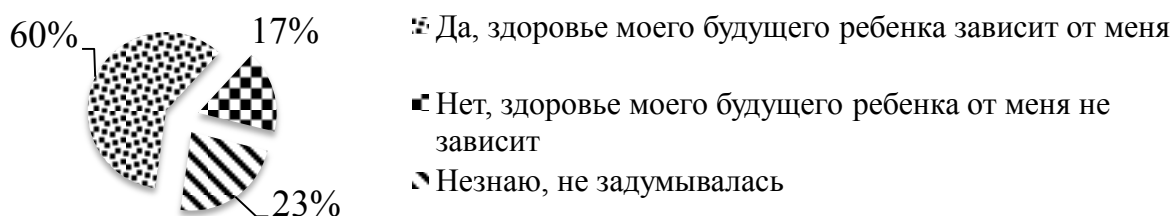


Рис. 16. Мнение беременных о влиянии их образа жизни на здоровье будущего ребенка (данные опроса 612 пациенток, %)

При этом, для большинства беременных, невозможность ведения здорового образа жизни, определялась дефицитом времени (34,2%), материальными трудностями (26,8%), отсутствием мотивации (22,5%), и информацией о принципах здорового образа жизни (14,9%). (Рис.17)

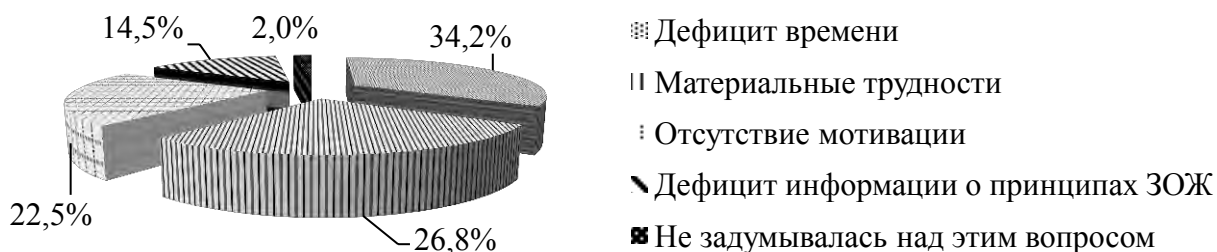


Рис. 17. Основная причина отказа женщин от ведения здорового образа жизни (данные опроса 612 пациенток, %).

В то же время, основной причиной, способной побудить беременных к ведению здорового образа жизни, пациентки преимущественно указывали на резкое ухудшение собственного здоровья (34,6%), а также тревогу за здоровье будущего ребенка (27,5%) и желание быть здоровой (16,5%). При этом, изменение материального положения, также как и мнение окружающих, имело значение лишь для 12,7% и 8,7% женщин соответственно. (Рис.18)

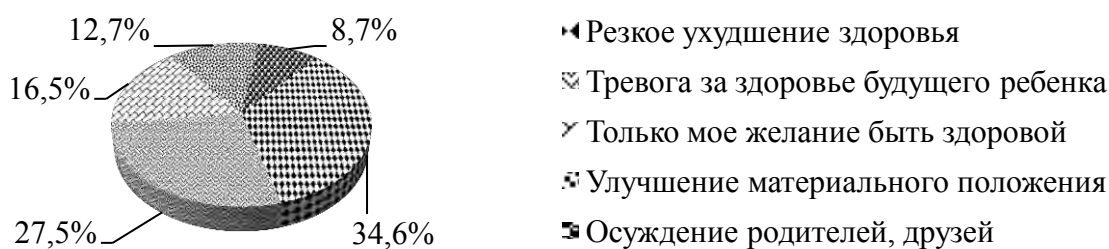


Рис. 18. Основная причина, способная побудить к изменению образа жизни в лучшую сторону (данные опроса 612 пациенток, %).

Проведенное исследование компонентов образа жизни беременных женщин, позволило выявить необоснованность его высокой оценки опрошенными пациентками. Так, 53,6 % пациенток называли свой образ жизни здоровым, однако в дальнейшем значительная доля беременных указывали на такие его нарушения как частое эмоциональное напряжение (97,9%), низкая физическая активность (48,5%), нерациональное питание (34,2%), несоблюдение режима труда и отдыха (27,3%), и вредные привычки (27,3%). (Рис.19)



Рис. 19. Распространенность нарушений в образе жизни беременных женщин (по результатам опроса 612 пациенток, %)

Результаты проведенного исследования требуют серьезной работы по формированию у беременных мотивации к изменению своего образа жизни. Возможно, подобные тенденции связаны с тем, что далеко не все участники исследования вообще понимали, что образ жизни оказывает существенное влияние не только на их здоровье и течение беременности, но и на здоровье будущего ребенка.

Такая ситуация диктует необходимость при реализации профилактического консультирования беременных не только повышать мотивацию женщин к ведению здорового образа жизни, объясняя пагубность вредных привычек для самих женщин, но также повышать их информированность с позиции формирования здоровья будущего ребенка.

Причем наибольшее внимание должно быть уделено тем пациенткам, которые даже не задумываются над ролью их образа жизни в формировании здоровья будущих детей. И целесообразнее делать это в доступной для их

понимания форме, например, используя рекомендации в виде памяток, занятия с мультимедийным сопровождением, а также обучение навыкам с использованием демонстрационного материала.

Кроме того, необходимо не просто формировать у женщин мотивацию к поддержанию адекватной физической активности, но и проводить с ними гимнастические занятия в зависимости от триместра беременности, а также обучать методам повышения стрессоустойчивости, принципам рационального питания и т.д. Такие мероприятия возможны в условиях работы государственных медицинских учреждений, но требуют разработки программы информационного сопровождения беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей.

3.2. Анализ информированности беременных о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка

Несмотря на то, что большая часть беременных оценивали свое здоровье как «удовлетворительное» (37,7%), или «плохое» (30,6%), в медицинские учреждения, они обращались чаще с целью лечения заболевания (37,7%) или в экстренных ситуациях (21,9%). С целью профилактики заболеваний обращались лишь 19% пациенток, при этом каждая пятая женщина предпочитала заниматься самолечением (21,4%), что свидетельствует о довольно низкой медицинской активности беременных. (Рис. 20,21)

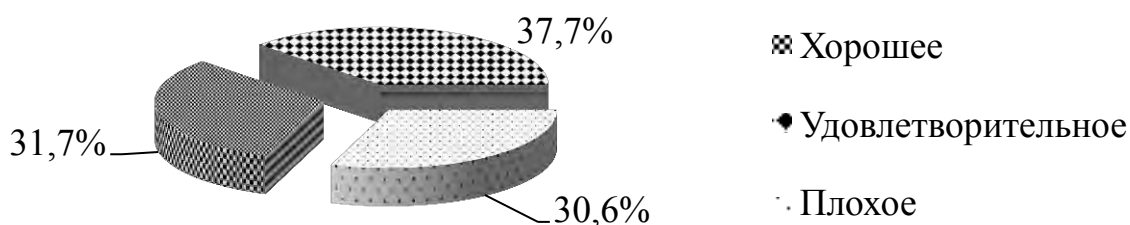


Рис. 20. Самооценка беременными уровня своего здоровья (данные опроса 612 пациенток, %)

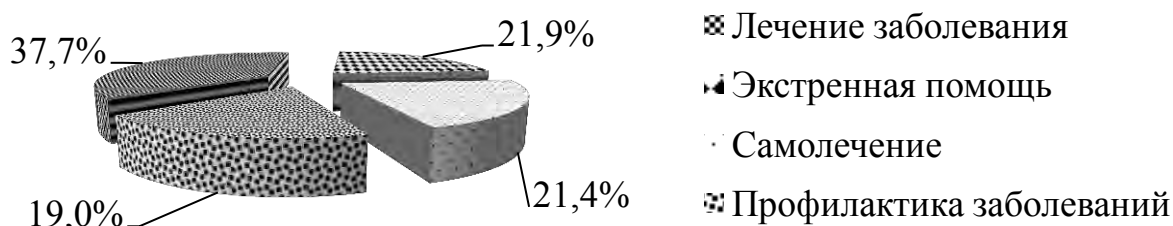


Рис.21. Причины обращения пациенток в медицинские учреждения (данные опроса 612 пациенток, %)

На низкую медицинскую активность данного контингента населения указывает также тот факт, что более половины женщин при наличии признаков заболевания продолжали ходить на работу (51,5%) (Рис. 22.)

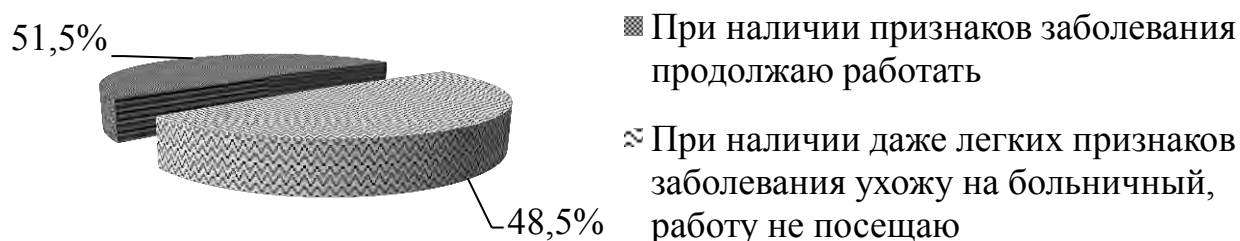


Рис.22. Частота обращаемости беременных женщин за медицинской помощью при появлении признаков заболевания (данные опроса 612 пациенток, %)

Низкий уровень медицинской активности пациенток может быть обусловлен как низкой мотивацией женщин, так и недостаточностью их информированности о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых признаков заболевания.

Общеизвестно, что беременность сопровождается изменениями в организме женщины, которые при ее патологическом течении, могут сопровождаться изменениями в самочувствии пациенток. По результатам анкетирования почти половина пациенток отмечали у себя периодические отеки, головную боль, повышение артериального давления (43,8 на 100 опрошенных), каждая третья указывала на изменение вкусовых потребностей в пище, тошноту, рвоту (26,2 на 100 опрошенных). Некоторые беременные

отмечали у себя боли внизу живота, пояснице (17,6 на 100 опрошенных), запоры, повышенное газообразование (10,8 на 100 опрошенных). (Рис. 23)

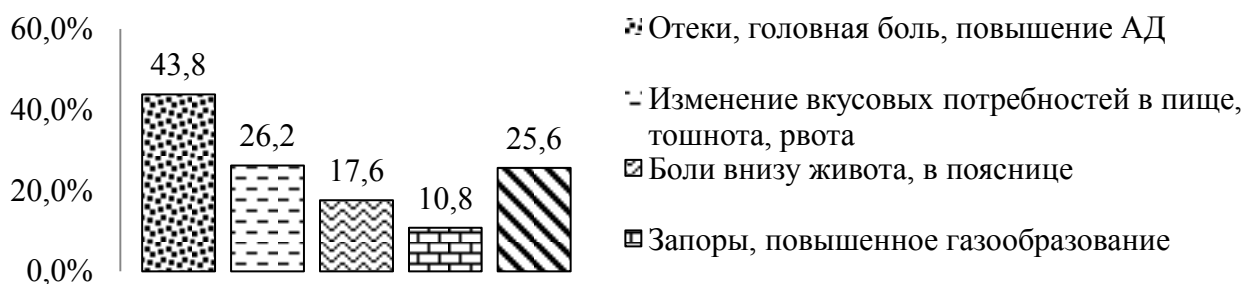


Рис.23. Изменения самочувствия у беременных женщин. (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

При этом более трети беременных не знали, о чем могут говорить эти изменения (31,7%), а четверть женщин считали, что это нормальное состояние при беременности (26,1%). Лишь 1/5 беременных указали, что эти изменения направлены на подготовку организма к предстоящим родам (22,1%), а сильные изменения говорят о патологическом течении беременности (20,1%). (Рис. 24)

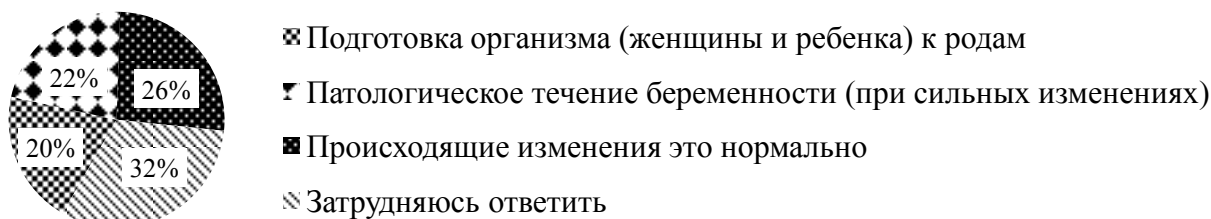


Рис. 24. Мнение женщин о причинах изменений в их организме в период беременности (данные опроса 612 пациенток, %)

Для большинства женщин, фактором, наиболее влияющим на их здоровье, являлись экология (29,87%), или наследственность (27,27%). Лишь 18,78% женщин считали, что наибольшее значение для их здоровья имеет образ жизни. (Рис.25.)

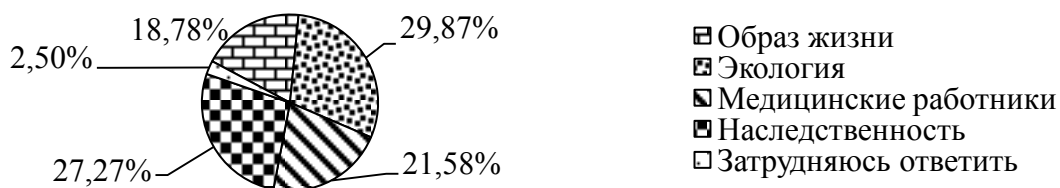


Рис.25. Оценка беременными роли факторов, влияющих на состояние их здоровья (данные опроса 612 пациенток, %)

В то же время подавляющее число беременных считали, что хорошо осведомлены о том, что различные нарушения их образа жизни негативно влияют на здоровье будущего ребенка. Большинство пациенток указали на хорошую осведомленность о влиянии на здоровье будущего ребенка вредных привычек (86,9 на 100 опрошенных), различных нарушениях питания (50,2 на 100 опрошенных), режима труда и отдыха (46,7 на 100 опрошенных) и 37,3 (на 100 опрошенных) о влиянии профессиональных факторов риска. О негативном влиянии эмоциональных нагрузок и низкой физической активности были информированы менее трети пациенток (25,5 и 12,3 на 100 опрошенных соответственно). (рис.26)

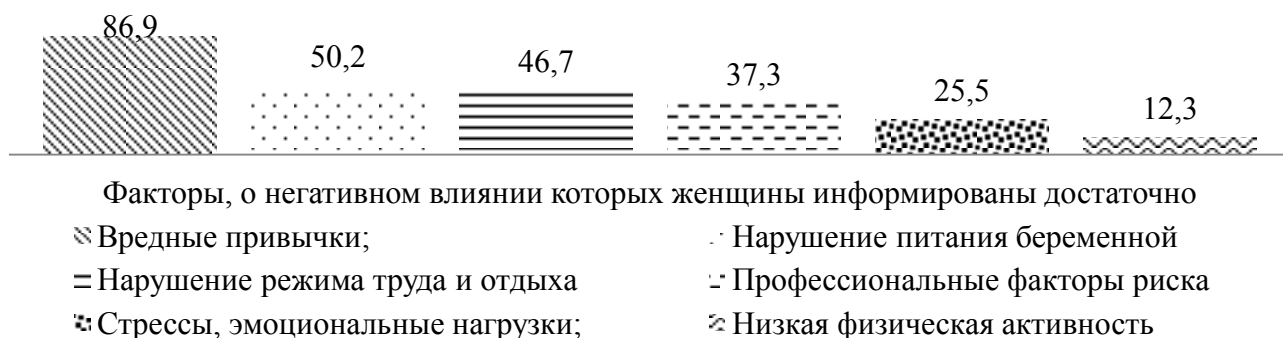


Рис.26. Информированность беременных о негативном влиянии факторов их образа жизни на здоровье будущего ребенка (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных).

При этом, детальный анализ информированности беременных о влиянии нарушений образа жизни на здоровье будущего ребенка показал необоснованность высокой оценки женщинами своей осведомленности по этим вопросам. Так, треть женщин указали, что несбалансированное питание во время беременности может способствовать задержке роста и развития ребенка (39,2 на 100 опрошенных), его малому весу при рождении (32,6 на 100 опрошенных), кислородному голоданию плода (27,2 на 100 опрошенных), либо не знали о возможных последствиях (28,6 на 100 опрошенных).(рис. 27)



Рис. 27. Информированность женщин о последствиях несбалансированного питания во время беременности (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

По мнению большинства беременных, необходимыми элементами их пищевого рациона являются витамины (83,8 на 100 опрошенных), кальций и фосфор (75,2 на 100 опрошенных), белки и жиры (74,6 на 100 опрошенных). Менее значимы в рационе питания беременных, по их мнению, углеводы (10,4 на 100 опрошенных) и минеральные вещества. (рис. 28)

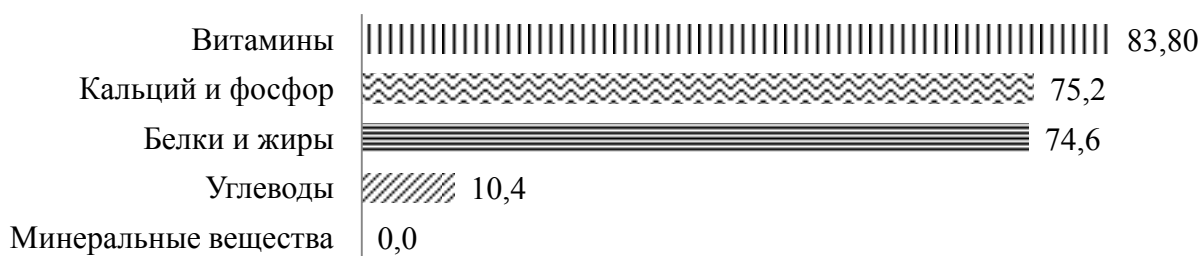


Рис. 28. Информированность женщин о необходимых элементах их пищевого рациона в период беременности (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Почти половина женщин, считали что, превышение нормы питательных веществ в их рационе, приведет к улучшению свойств молока (49,4 на 100 опрошенных), а пятая часть женщин не знали, какие последствия имеет такой рацион (21,2 на 100 опрошенных). Лишь треть женщин указывали на возможные риски нарушения гармоничного развития всех органов и систем ребенка (20,4 на 100 опрошенных), рождения крупного плода (10,8 на 100

опрошенных), и нарушения обмена веществ у будущего ребенка (3,4 на 100 опрошенных). (рис. 29)

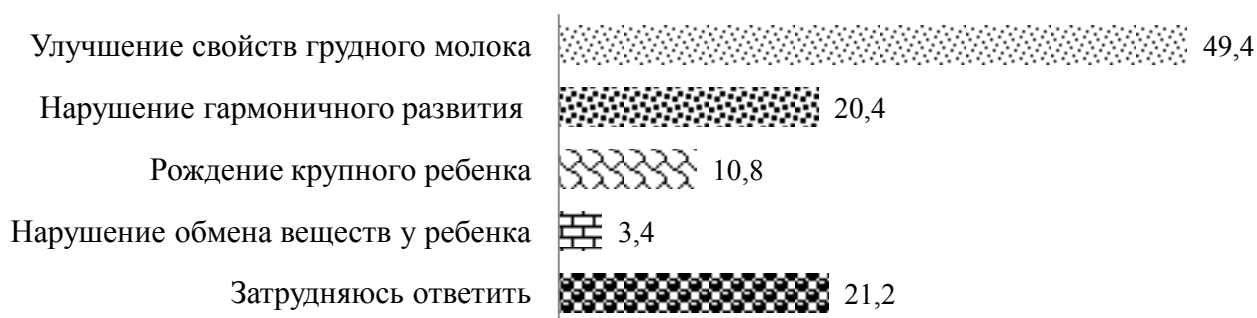


Рис. 29. Информированность беременных о последствиях избытка питательных веществ в их рационе (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

В то же время, информированность беременных о дефиците питательных веществ в их рационе немного выше, хотя указать на возможные последствия для ребенка не смогли более трети женщин (34,4 на 100 опрошенных). Большинство беременных полагают, что недостаточное количество питательных веществ в их рационе, приводит к рождению плода с малым весом (40,6 на 100 опрошенных), к дефициту этих веществ у будущего ребенка (29,2 на 100 опрошенных), его склонности к заболеваниям, отставанию в развитии (23,6 на 100 опрошенных), а также к нарушению гармоничного внутриутробного развития (23,2 на 100 опрошенных). На возможность аномалий развития у будущего ребенка не указала не одна из опрошенных женщин. (рис. 30)

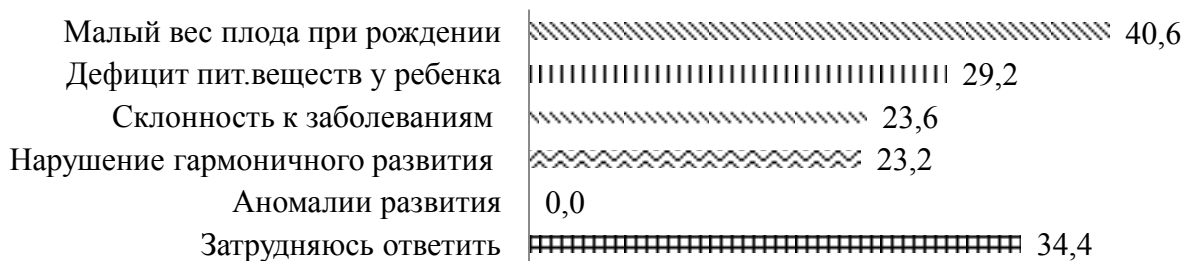


Рис. 30. Информированность беременных о последствиях дефицита питательных веществ в их рационе (данные опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Несмотря на то, что больше половины женщин знали, что фаст-фуд и т.п. являются для них запрещенными (61,4 на 100 опрошенных), почти треть женщин не смогли определить какие продукты отнести к данной категории (28,6%). Еще треть указывали на запрет жирной, копченой и острой пищи (27 на 100 опрошенных), хотя такие продукты не исключаются из их рациона, а ограничиваются. Четверть беременных (23,8 на 100 опрошенных) указали на запрет клубники, апельсинов и шоколада, при этом современная аллергология не запрещает употребление этих продуктов во время беременности. А вот на запрет не пастеризованного цельного молока указали лишь 15,3 (на 100 опрошенных) пациенток, хотя его употребление при беременности может приводить к развитию у ребенка аллергии на белок коровьего молока. (рис. 31)



Рис. 31. Информированность женщин о продуктах питания, являющихся для них запрещенными (по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Информированность женщин о роли физической активности в период беременности также низкая, более трети беременных не смогли указать на ее положительные эффекты для себя и будущего ребенка (35,4 на 100 опрошенных). Лишь часть беременных отметили, что занятия физкультурой (зарядка, гимнастика для беременных) полезны, так как улучшают кровообращение (25,6 на 100 опрошенных), тренируют мышцы и суставы (19 на 100 опрошенных), устраняют вялость и придают энергию (14,6 на 100 опрошенных), помогают при запорах (11 на 100 опрошенных). При этом треть женщин указали, что занятия необходимы лишь для снижения веса (29,4 на 100 опрошенных). (рис. 32)



Рис. 32. Информированность женщин о роли физической активности в период беременности (по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

При анализе информированности женщин о влиянии на здоровье будущего ребенка эмоциональных нагрузок во время беременности, мы выяснили, что более половины женщин не знают о последствиях воздействия такого фактора (54 на 100 опрошенных). Лишь небольшая часть женщин указывали на такие последствия как угроза выкидыша, преждевременные роды (19,4 на 100 опрошенных), замедление роста и развития будущего ребенка (19,2 на 100 опрошенных), его гипоксию и повышенную двигательную активность (18 на 100 опрошенных). Также были отмечены склонность ребенка к различным заболеваниям (9 на 100 опрошенных), и чувство эмоционального сиротства (5,8 на 100 опрошенных). (рис. 33)

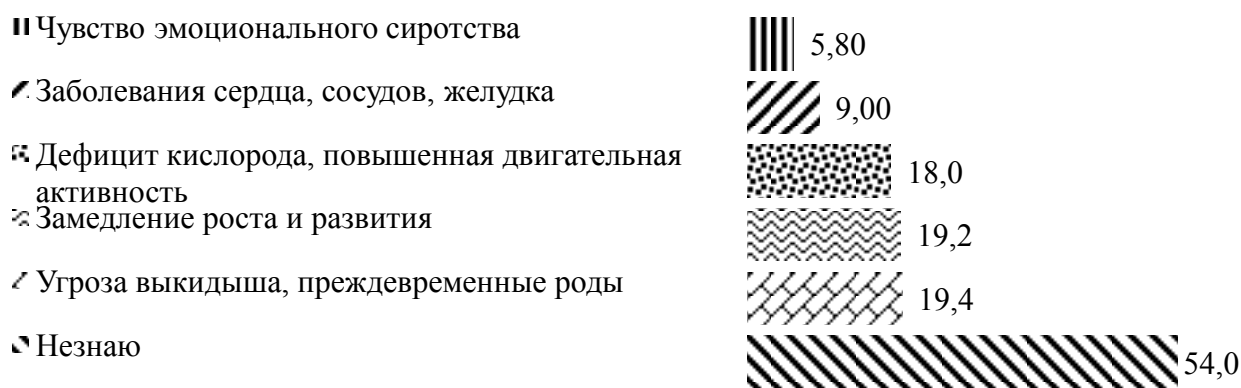


Рис. 33. Информированность беременных о влиянии эмоциональных нагрузок на здоровье будущего ребенка (по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

При этом 15 женщин (на 100 опрошенных) не смогли назвать причины (источники) своего стресса, а треть беременных указывали на страх перед болью в родах (34,8 на 100 опрошенных), беспокойство за здоровье будущего ребенка (34,2 на 100 опрошенных) и ссоры в семье (28,8 на 100 опрошенных). Каждая пятая пациентка связывала эмоциональные нагрузки со страхом перед трудностями ухода за будущим ребенком (21,5 на 100 опрошенных). (рис. 34)

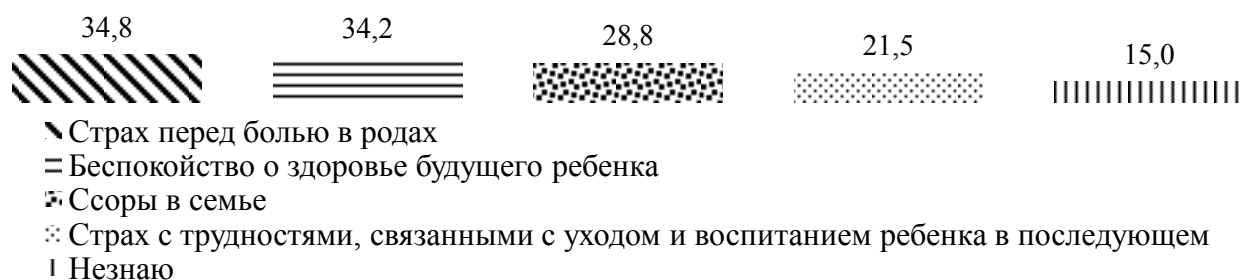


Рис. 34. Информированность беременных об источниках испытываемой ими эмоциональной нагрузки (по данным опроса 612 пациенток, на 100 опрошенных)

Между тем, часть беременных действительно либо не знали, как правильно ухаживать за ребенком самостоятельно (31,8%), а также кормить его грудью (15,6%), либо не были уверены, что справятся (11,7% и 22% соответственно). (Табл. 7)

Таблица 7

Информированность беременных женщин о грудном вскармливании и самостоятельном уходе за ребенком в домашних условиях (n=612)

Вопросы анкеты	Варианты ответов					
	да		нет		не уверена	
	Абс.	На 100 опрошенных	Абс.	На 100 опрошенных	Абс.	На 100 опрошенных
Вы знаете, как правильно ухаживать за малышом дома самостоятельно?	345	56,3	195	31,8	72	11,7
Вы знаете, как правильно кормить малыша грудью?	381	62,2	96	15,6	135	22,0

Вместе с тем, более половины женщин уверены, что грудное вскармливание, безусловно, полезно, но оно портит форму груди и фигуру (52 на 100 опрошенных), что также может являться для многих женщин источником стресса. (Табл. 8)

Таблица 8

Информированность беременных о пользе грудного вскармливания
(n=612, на 100 опрошенных)

Что Вы знаете о пользе грудного вскармливания:	Абс	На 100 опрошенных
Полезно ребенку, но портит форму груди и фигуру	261	52
Психофизиологическое взаимодействие матери и ребенка	63	12,6
Защита ребенка от многих болезней	238	47,6
Бесплатное питание для ребенка	210	42,0

Почти половина женщин знают, что грудное вскармливание это защита ребенка от многих болезней (47,6 на 100 опрошенных), еще столько же считают, что это бесплатное питание для ребенка (42 на 100 опрошенных). Менее четверти женщин (12,6 на 100 опрошенных) указали, что это также психофизиологическое взаимодействие матери и ребенка.

Кроме того, наблюдается неверная информированность женщин о количестве грудного молока, что также важно в процессе формирования у них мотивации к грудному вскармливанию. Больше половины беременных считают, что количество грудного молока зависит от их эмоционального состояния (50,0 на 100 опрошенных), от того сколько они употребляют пищи (20,8 на 100 опрошенных), от объема их груди (7,2 на 100 опрошенных), либо вообще не знают от чего зависит (16,6 на 100 опрошенных). Лишь треть женщин знают, что количество грудного молока зависит от гормона пролактин, который вырабатывается при кормлении грудью (38 на 100 опрошенных). (Табл. 9)

Таблица 9

Информированность беременных о количестве грудного молока (n=612)

От чего зависит количество грудного молока:	Абс.	на 100 опрошенных
От того сколько кормящая принимает пищи	104	20,8
От выработки гормона пролактин	190	38,0
От объема груди	36	7,2
От эмоционального состояния	250	50,0
Затрудняюсь ответить	83	16,6

На вопрос «Известные Вам способы борьбы с эмоциональными нагрузками?» более трети беременных не смогли ответить (37 на 100 опрошенных), и треть женщин указали, что знают о пользе в таких ситуациях прогулок на свежем воздухе (32,2 на 100 опрошенных), а также соблюдение

режима труда и отдыха (27 на 100 опрошенных). Четверть женщин считают, знают об эффективности физических нагрузок (23,2 на 100 опрошенных), сна (22,4 на 100 опрошенных), и адекватном отношении к ситуациям эмоционального напряжения (20,2 на 100 опрошенных). Часть беременных указали на варианты применения юмора, развлечений (6,6%), цвето-, арома-, музыкотерапии (3,8 на 100 опрошенных). (рис. 35)

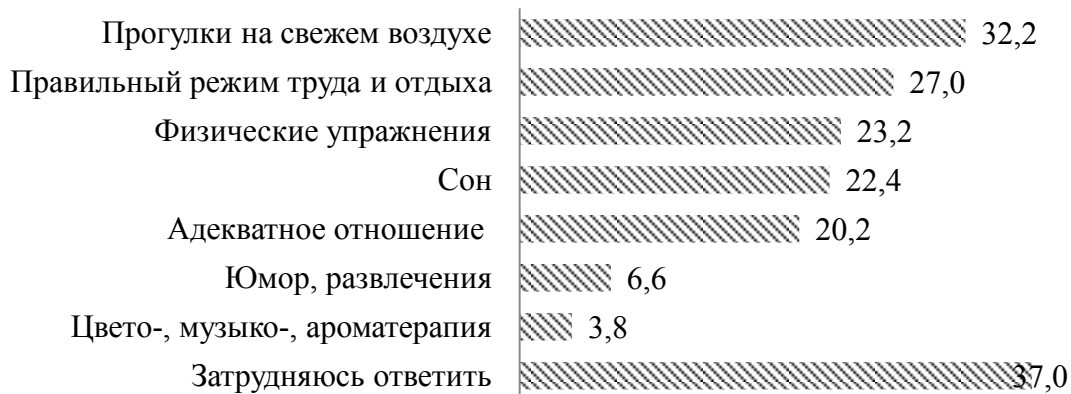


Рис. 35. Информированность беременных о способах предупреждения и устранения испытываемой ими эмоциональной нагрузки (по результатам опроса 612 беременных, на 100 опрошенных)

Сопоставив данные опроса беременных, мы установили их низкую информированность о влиянии на здоровье будущего ребенка наиболее распространенных в образе жизни пациенток нарушений особенно это касается эмоционального напряжения, выявляемого у большинства пациенток (97,7 на 100 опрошенных), а так же низкой физической активности (86,6 на 100 опрошенных), о негативном влиянии которых информированы лишь четверть беременных (25,5 и 12,3 на 100 опрошенных соответственно) (Рис. 36).

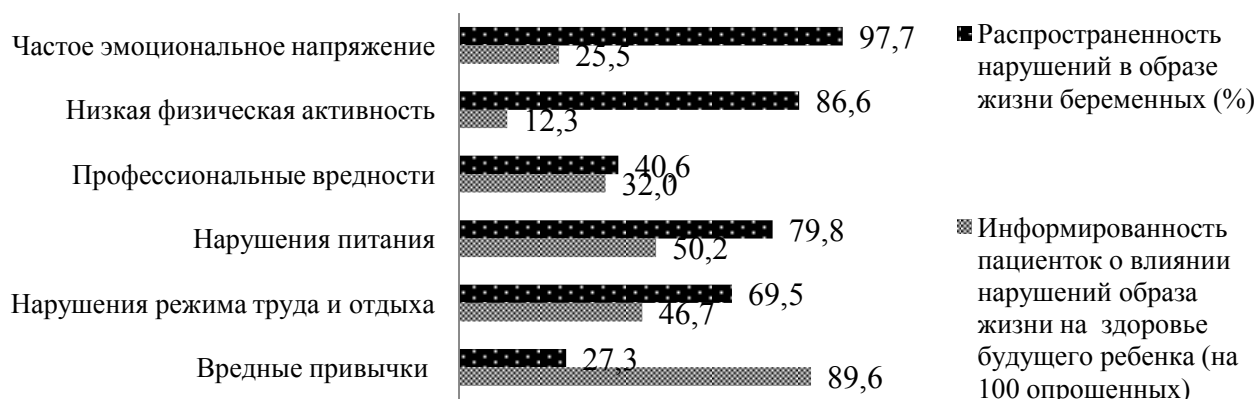


Рис. 36. Сравнительная характеристика образа жизни и информированности беременных о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка (по результатам опроса 612 беременных, на 100 опрошенных)

Таким образом, выявлена высокая распространенность нарушений в образе жизни беременных, низкая медицинская активность пациенток, а также необоснованно завышенная ими оценка своей информированности о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка. Кроме того, при сопоставлении данных опроса пациенток установлено, что информированность пациенток о влиянии наиболее распространенных в их образе жизни факторах риска для здоровья будущего ребенка (эмоциональные нагрузки и низкая физическая активность) самая низкая. Такая ситуация позволяет сделать вывод о необходимости совершенствования информационного сопровождения женщин в период беременности, а также на этапах подготовки к ней.

3.3. Удовлетворенность пациенток информированием в условиях женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник

Одним из необходимых условий формирования мотивации к ведению здорового образа жизни, особенно при наличии и с учетом беременности, является получение достаточной и достоверной информации о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка. И здесь важны как усилия самой женщины в поиске и использовании источников информации, так и рекомендации медицинских работников, реализующих ее грамотное информирование в процессе профилактического консультирования.

В связи с этим, мы попросили пациенток (n=612) оценить свой уровень информированности в вопросах здорового образа жизни и большинство из них охарактеризовали его как «недостаточный» (56,2%). (рис. 37)

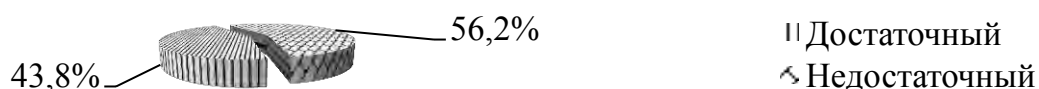


Рис.37. Самооценка беременными уровня информированности по вопросам здорового образа жизни (%)

При этом наиболее востребованной беременными была информация о борьбе со стрессами (81,8 на 100 опрошенных). Информация о рациональном питании (73,6 на 100 опрошенных), физической активности (64,8 на 100 опрошенных), борьбе с вредными привычками (61,6 на 100 опрошенных) и грамотном приеме лекарственных средств (59,8 на 100 опрошенных) также интересны для более чем половины беременных, что свидетельствует о низкой их информированности по вопросам здорового образа жизни. (рис. 38)

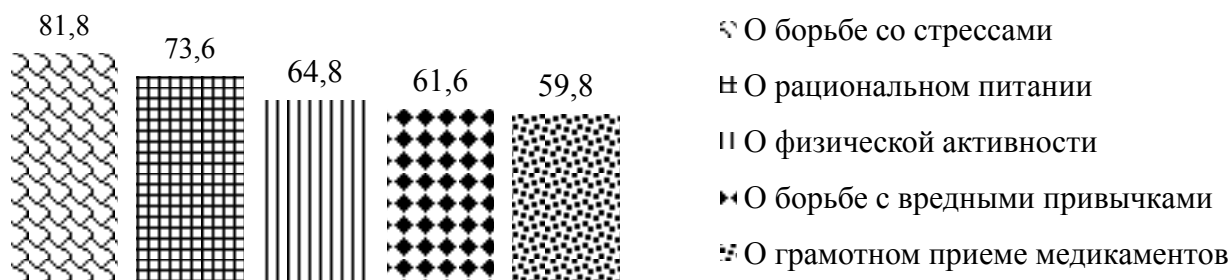


Рис.38. Информация по вопросам здорового образа жизни, востребованная беременными женщинами (по результатам опроса 612 беременных, на 100 опрошенных)

Высокая потребность беременных в информации по вопросам здорового образа жизни подтверждается мнением большинства пациенток (89%), и лишь 11% женщин указали на отсутствие необходимости в получении информации о факторах риска нарушений здоровья. (рис. 39)

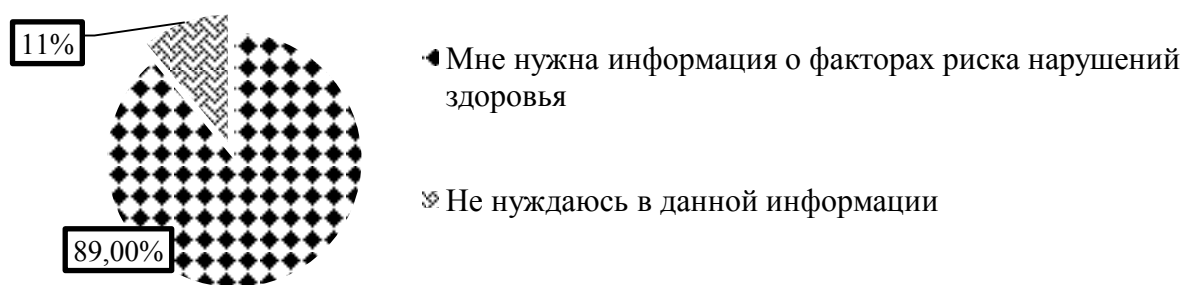


Рис. 39. Мнение беременных о необходимости получения информации о факторах риска нарушений здоровья.

Анализируя источники информации, предпочитаемые пациентками, мы выяснили, что значительная часть женщин выбирают в качестве основного источника Интернет (сайты и форумы, где беременные обмениваются опытом и

информацией) (73,2 на 100 опрошенных), рекламу и TV-передачи о здоровье, журналы для беременных (60,8 на 100 опрошенных). Реже пациентки выбирают консультации медицинских работников (43,8 на 100 опрошенных), советы знакомых, друзей и родственников (41,6 на 100 опрошенных). (рис.40)

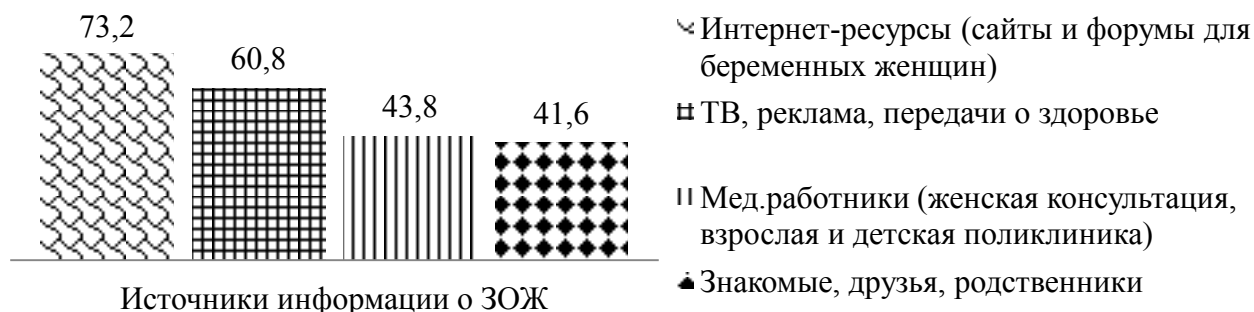


Рис.40. Источники, предпочитаемые женщинами при поиске информации об основных методах оздоровления своего образа жизни, факторах риска его нарушений (по результатам опроса 612 беременных, на 100 опрошенных)

Несмотря на то, что среди предпочитаемых женщинами источников, консультации у медицинских работников занимают третье место, все беременные считают, что для ведения здорового образа жизни им необходимо получать медицинские рекомендации по охране здоровья и факторах риска его нарушений. Так, для ведения здорового образа жизни, по мнению большинства женщин необходимо не только усиление профилактической работы с населением (59,6 на 100 опрошенных), но и поддержка усилий каждого человека в его стремлении быть здоровым (57,6 на 100 опрошенных), а также пропаганда здорового образа жизни (31,8 на 100 опрошенных). (рис. 41)

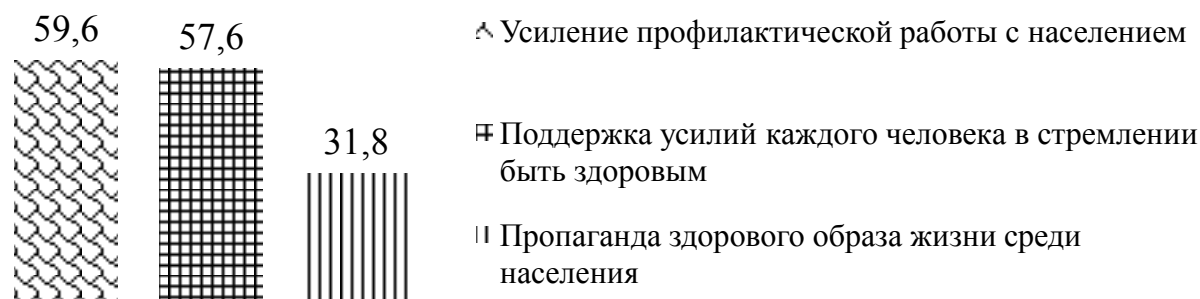


Рис. 41. Мнение беременных о мероприятиях, необходимых для изменения своего образа жизни (по результатам опроса 612 беременных, на 100 опрошенных)

В целом консультативно-профилактическую работу медицинского персонала больше половины беременных оценивают как недостаточную (53%), и каждая пятая женщина не смогла дать ей оценку (20,2%). Примерно четверть женщин считают ее хорошей (26,8%) (рис. 42)

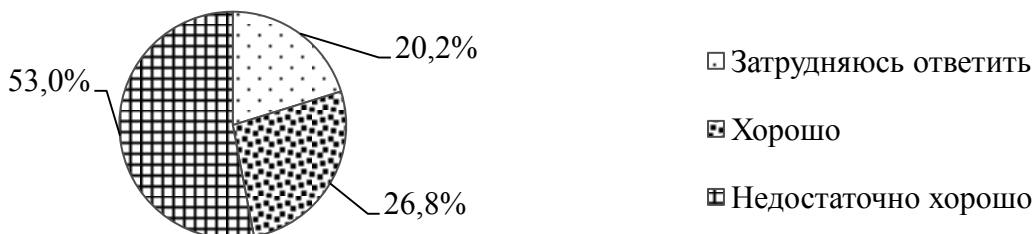


Рис.42. Оценка беременными работы медицинского персонала с ними по предупреждению нарушений здоровья (%)

По нашим данным, более половины опрошенных указали, что не получали рекомендаций по изменению своего образа жизни в период беременности от специалистов педиатрической службы (78,4%), более трети беременных от специалистов терапевтической службы (37,9%) и 15,2% пациенток от специалистов акушерской службы. В то же время, часть пациенток из числа женщин, получивших рекомендации считали их не достаточно полными: от специалистов акушерской службы – 24% беременных, от терапевтической и педиатрической служб – 37,3% и 13,9 соответственно. (рис. 43, табл. 10)

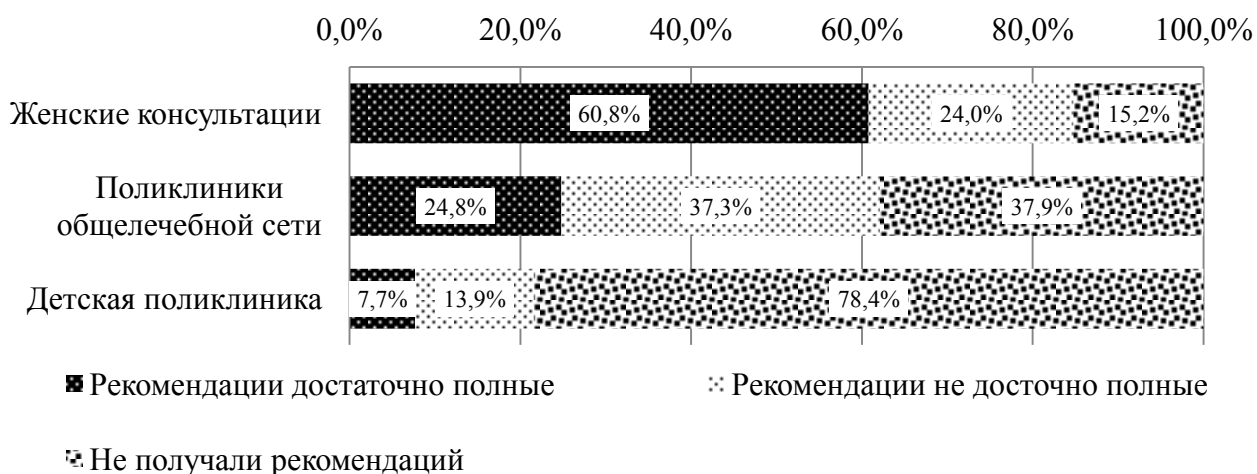


Рис.43. Удовлетворенность беременных информацией, получаемой от медицинских работников (по результатам опроса 612 беременных)

При этом почти половине беременных рекомендации специалистов были не понятны (47,2%) и вероятно, поэтому подавляющее число женщин хотели бы их получать в виде памяток (96,9%) (Табл.10).

Таблица 10

Оценка беременными качества их профилактического консультирования специалистами женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник в системе антенатальной охраны здоровья детей

ВОПРОС/ОТВЕТ	Абс	На 100 опрошенных
Как вы оцениваете работу медицинского персонала с Вами (n = 612)		
Хорошо	146	23,8
Недостаточно хорошо	325	53,1
Затрудняюсь ответить	141	23,1
Получаете ли Вы рекомендации от Вашего акушера-гинеколога (n=612)		
Да	519	84,8
Нет	93	15,2
Вы считаете, эти рекомендации достаточно полными (n = 519)		
Достаточно полные	372	71,7
Не достаточно полные	147	28,3
Получаете ли Вы рекомендации от Вашего терапевта (n = 612)		
Да	380	62,1
Нет	232	37,9
Вы считаете, эти рекомендации достаточно полными (n = 380)		
Достаточно полные	152	40,0
Не достаточно полные	228	60,0
Получаете ли Вы рекомендации от педиатра (n = 612)		
Да	132	21,6
Нет	480	78,4
Вы считаете, эти рекомендации достаточно полными (n = 132)		
Достаточно полные	47	35,6
Не достаточно полные	85	64,4
Рекомендации, получаемые от специалистов Вам понятны (n = 612)		
Да	323	52,8
Нет	289	47,2
Хотели бы Вы получать рекомендации, в виде памяток (n = 612)		
Да	593	96,9
Нет	19	3,1

Вместе с тем, большинство беременных считают, что для укрепления здоровья им необходимы обучающие мероприятия в условиях поликлиник и консультаций (64,4%). (рис. 44) Это еще раз подтверждает высокую заинтересованность беременных в получении от медицинских работников информации о необходимых изменениях своего образа жизни, факторах риска нарушений роста и развития будущего ребенка.

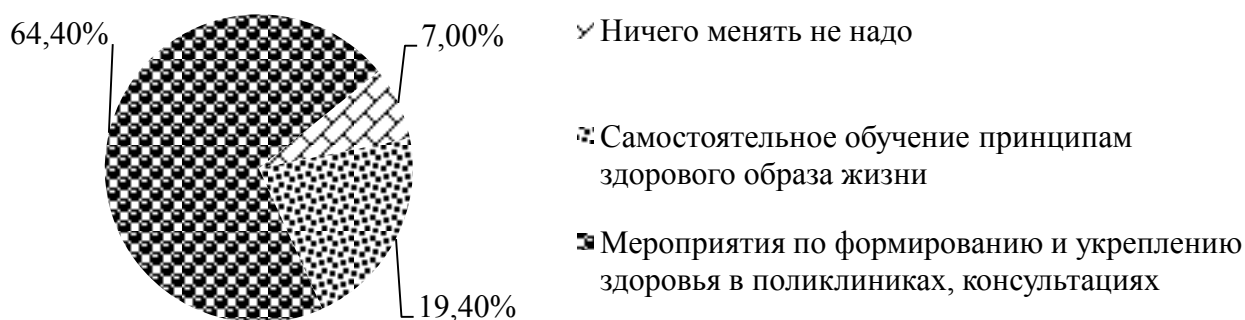


Рис.44. Мнение женщин о необходимости и способах повышения их информированности по вопросам укрепления их здоровья и формирования здоровья их будущих детей (%)

Таким образом, анализ данных опроса 612 беременных женщин показал высокую распространенность нарушений в их образе жизни, низкую медицинскую активность и информированность о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка, а так же неудовлетворенность пациенток информацией по этим вопросам, получаемой от медицинских работников.

На наш взгляд, данная ситуация может быть исправлена, прежде всего, за счет грамотного и своевременного информирования пациенток по вопросам влияния нарушений их образа жизни, на здоровье будущего ребенка. Это реально при условии разработки программы их информационного сопровождения в условиях женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник.

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСУЛЬТАТИВНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ, ПОЛИКЛИНИК ОБЩЕЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ И ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ

4.1. Анализ информированности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по вопросам здоровья и здорового образа жизни

Успешность реализации медицинскими работниками профилактических мероприятий во многом зависит от уровня их информированности о здоровье и факторах образа жизни, определяющих его как нездоровый. Анализ результатов анкетирования медицинских работников позволил оценить не только их информированность в вопросах здоровья, но и возможные проблемы в организации ими профилактического консультирования беременных женщин.

Анализ результатов опроса медицинских работников показал, что большинство из них считают свой уровень информированности в вопросах здорового образа жизни достаточным (69,4%). (Рис. 45).

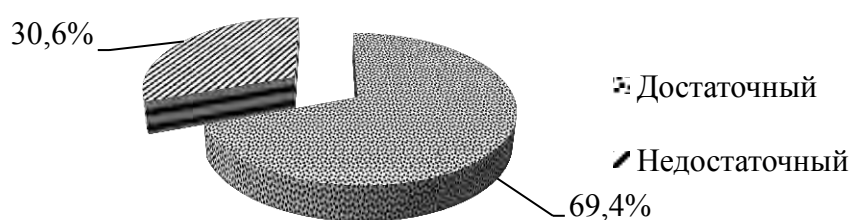


Рис. 45. Оценка медицинскими работниками своего уровня информированности в вопросах сохранения, укрепления и формирования здоровья.

При этом наиболее высоко оценивали свою информированность акушеры-гинекологи (77,9%) и средний медперсонал женских консультаций (77,5%) (Табл.11,12).

Таблица 11

Информированность врачей женских консультаций, взрослых и детских поликлиник по вопросам охраны здоровья (%)

	Женская консультация		Поликлиника общелечебной сети		Детская поликлиника		Итого	
	n = 299		n = 291		n = 295		n = 885	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Достаточный	233	77,9%	185	63,6%	201	68,1%	619	69,9%
Недостаточный	66	22,1%	114	39,2%	94	31,9%	274	31,0%

Таблица 12

Информированность среднего медперсонала женских консультаций, взрослых и детских поликлиник по вопросам охраны здоровья (%)

	Женская консультация		Поликлиника общелечебной сети		Детская поликлиника		Итого	
	n = 102		n = 111		n = 106		n = 319	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Достаточный	79	77,5%	70	63,1%	67	63,2%	216	67,7%
Недостаточный	23	22,5%	32	28,8%	39	36,8%	94	29,5%

В качестве источников информации, касающейся охраны здоровья и здорового образа жизни, большинство медицинских работников предпочитали специализированную литературу (73,9 на 100 опрошенных), СМИ, Интернет (69,1 на 100 опрошенных), взаимодействие с медицинскими представителями различных фармацевтических фирм (63,3 на 100 опрошенных), а также обучение на сертификационных курсах, циклах тематического усовершенствования (57,0 на 100 опрошенных). (Рис.46).

Профессиональный подход медицинских работников к выбору источников информации о здоровье и здоровом образе жизни может определять довольно высокую оценку ими своего уровня информированности по этим вопросам, но хотелось бы отметить недостаточное внимание, как врачей, так и среднего медперсонала к законодательным документам (26,0 на 100 опрошенных). (Табл.13)

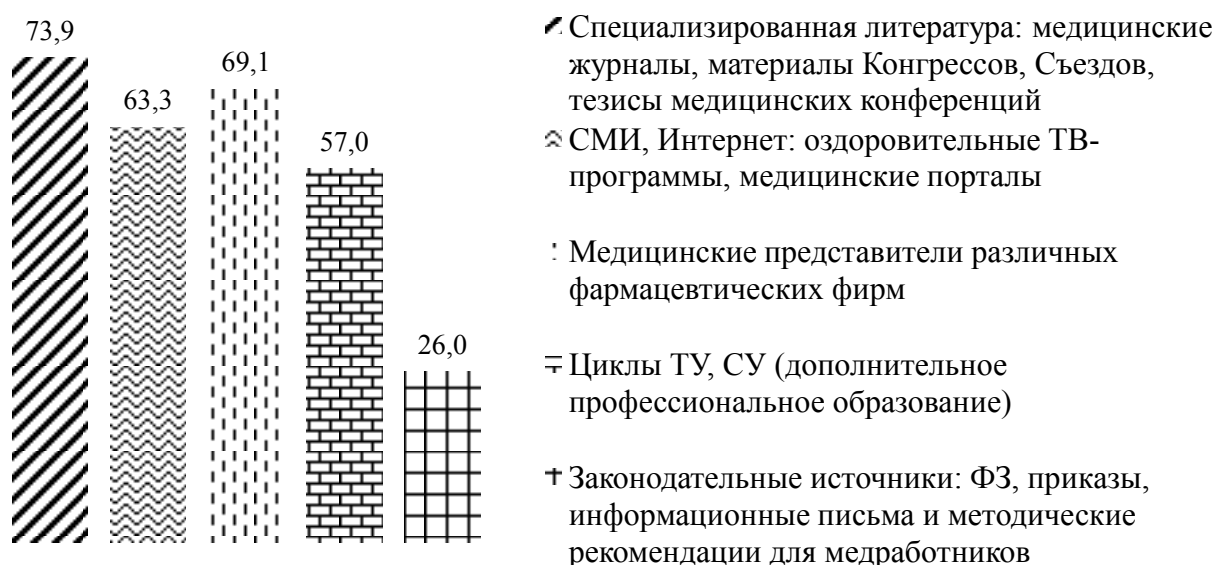


Рис. 46. Источники информации по вопросам сохранения, укрепления и формирования здоровья, предпочитаемые специалистами женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник (n = 1204, на 100 опрошенных).

Таблица 13

Доля специалистов, использующих законодательные документы в качестве источника информации по вопросам охраны здоровья (на 100 опрошенных)

Специализация	Доля специалистов в зависимости от занимаемой должности (n=1204)		Итого (n = 401)	Всего (n=1204)
	Врачи (n = 299)	Средний медперсонал (n = 102)		
Акушерство и гинекология	14,0	29,4	18,0	26,0
	37,1	43,2	38,8	
Терапия (поликлиника)	23,7	14,2	21,2	
	14,2	14,2	14,2	
Педиатрия (поликлиника)	23,7	14,2	21,2	
	14,2	14,2	14,2	

Кроме того, лишь половина респондентов выбирали в качестве источника информации по вопросам здоровья дополнительное профессиональное образование (57,0 на 100 опрошенных) и реже всего это был медперсонал общелечебной сети (30,3 на 100 опрошенных). (Табл.14)

На наш взгляд, такая ситуация диктует необходимость формирования у медперсонала общелечебной сети мотивации к освоению программ дополнительного профессионального образования.

Доля специалистов, использующих в качестве источника информации по вопросам охраны здоровья дополнительное профессиональное образование, (на 100 опрошенных)

Специализация	Доля специалистов в зависимости от занимаемой должности (n =1204)		Итого (n = 401)	Итого (n =1204)
	Врачи (n = 299)	Средний медперсонал (n = 102)		
Акушерство и гинекология	64,2	54,9	(n = 401)	57,0
			61,8	
Терапия (поликлиника)	30,9	28,8	(n = 402)	
			30,3	
Педиатрия (поликлиника)	76,6	84,9	(n = 401)	
			78,8	

Насколько обоснованной является высокая оценка медицинскими работниками своей информированности в вопросах здоровья, показал анализ их мнений о факторах, наиболее значимых для здоровья человека. При этом почти половина специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник недостаточно высоко оценивали влияние факторов образа жизни беременных на здоровье будущего ребенка (44,6%), что свидетельствует об их недостаточной информированности по вопросам формирования здоровья. (Рис.47)



Рис. 47. Мнение медицинских работников о факторе, который вносят наибольший вклад в здоровье будущего ребенка (по данным опроса 1204 специалистов, %).

Более глубокий анализ результатов анкетирования показал, что мнения врачей и среднего медперсонала по этому вопросу не имеют существенных различий (55,4% и 55,5%). (Табл.15)

Таблица 15

Доля специалистов, указавших образ жизни беременной - основным фактором, влияющим на формирование здоровья будущего ребенка (%)

	Женская консультация		Поликлиника общелечебной сети		Детская поликлиника		Итого	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Врачи	n = 299		n = 291		n = 295		n = 885	
	172	57,5	124	42,6	194	65,8	490	55,4
	n = 102		n = 111		n = 106		n = 319	
Средний медперсонал	64	62,7	58	52,3	55	51,9	177	55,5

По мнению специалистов общелечебной сети и среднего медперсонала педиатрической службы в формировании, укреплении и сохранении здоровья человека важную роль играют наследственные факторы и экологические условия (17,5%, 21,6% и 20,8% соответственно). Значительная часть специалистов женских консультаций указали, что значительное влияние на здоровье человека оказывают медико-организационные факторы (Табл.16)

Таблица 16

Анализ мнений специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о влиянии на здоровье человека наследственных, медико-организационных факторов и экологических условий (по данным опроса 1204 специалистов, на 100 опрошенных)

Специалисты		Наследственные факторы		Экологические условия		Медико-организационные факторы	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
Врачи	Акушерство и гинекология (n = 299)	36	12,0	22	7,4	69	23,1
	Поликлиника общелечебной сети (n = 291)	90	30,9	51	17,5	26	8,9
	Детская поликлиника (n = 295)	42	14,2	29	9,8	30	10,2
Ср. медперсонал	Акушерство и гинекология (n = 102)	4	3,9	4	3,9	26	25,5
	Поликлиника общелечебной сети (n = 111)	24	21,6	24	21,6	8	7,2
	Детская поликлиника (n = 106)	22	20,8	22	20,8	14	13,2

Такая ситуация указывает на недостаточный уровень информированности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник в вопросах формирования, сохранения и укрепления здоровья и требует оптимизации образовательных программ на всех этапах их обучения.

Для определения рисков факторов в образе жизни беременных женщин все медицинские работники проводят сбор биологического, акушерского, социального и генеалогического анамнезов. И, значительная часть респондентов указали, что приверженность их пациенток к ведению здорового образа жизни довольно высока (28,2%). (Рис. 48).

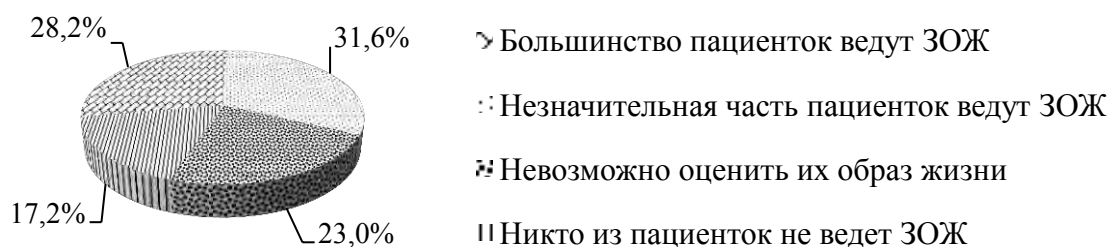


Рис. 48. Мнение медицинских работников о приверженности своих пациенток к ведению здорового образа жизни (по результатам опроса 1204 медицинских работников, %).

Наиболее позитивными в этом отношении оказались медицинские работники женских консультаций (38,4%: врачи – 40,1%; средний медперсонал – 33,3%), а специалисты общелечебной сети (23,1%: врачи – 24,4%; средний медперсонал – 19,8%) и детских поликлиник (22,9%: врачи – 23,7%; средний медперсонал – 20,8%) считали, что никто из беременных не соблюдает его принципов.

Интересным оказался факт, что значительная часть медицинских работников указали, что оценить образ жизни беременных невозможно (23,0%), причем наиболее склонны к этому мнению были средние медицинские работники женских консультаций (29,4%) (Рис. 48, табл. 17-19).

Таблица 17

Мнение специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о приверженности беременных женщин к ведению здорового образа жизни (n= 1204, %)

	Женская консультация		Поликлиника общелечебной сети		Детская поликлиника		Итого	
	n = 401		n = 402		n = 401		n = 1204	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Большинство пациенток ведут ЗОЖ	154	38,4	82	20,4	103	25,7	339	28,2
Незначительная часть пациенток ведут ЗОЖ	114	28,4	161	40,0	106	26,4	381	31,6
Невозможно оценить их образ жизни	111	27,7	66	16,4	100	24,9	277	23,0
Никто из пациенток не ведет ЗОЖ	22	5,5	93	23,1	92	22,9	207	17,2

Таблица 18

Мнение врачей женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, о приверженности беременных женщин к ведению здорового образа жизни (n= 885, %)

	Женская консультация		Поликлиника общелечебной сети		Детская поликлиника		Итого	
	n = 299		n = 291		n = 295		n = 885	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Большинство пациенток ведут ЗОЖ	120	40,1	61	21,0	81	27,5	262	29,6
Незначительная часть пациенток ведут ЗОЖ	90	30,1	117	40,2	72	24,4	279	31,5
Невозможно оценить их образ жизни	81	27,1	42	14,4	72	24,4	195	22,0
Никто из пациенток не ведет ЗОЖ	8	2,7	71	24,4	70	23,7	149	16,8

Мнение среднего медперсонала женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, информированных о приверженности беременных к ведению здорового образа жизни (n=319, %)

	Женская консультация		Поликлиника общелечебной сети		Детская поликлиника		Итого	
	n = 102		n = 111		n = 106		n = 319	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Большинство ведут ЗОЖ	34	33,3	21	18,9	22	20,8	77	24,1
Незначительная часть пациенток ведут ЗОЖ	24	23,5	44	39,6	34	32,1	102	32,0
Невозможно оценить их образ жизни	30	29,4	24	21,6	28	26,4	82	25,7
Никто из беременных не ведет ЗОЖ	14	13,7	22	19,8	22	20,8	58	18,2

В то же время, причинами, мешающими пациенткам вести здоровый образ жизни, по мнению большинства специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, являются материальные трудности (70,8 на 100 опрошенных), дефицит времени (46,3 на 100 опрошенных), а также низкая информированность женщин о влиянии образа жизни на здоровье (24,1 на 100 опрошенных). (Рис. 49)

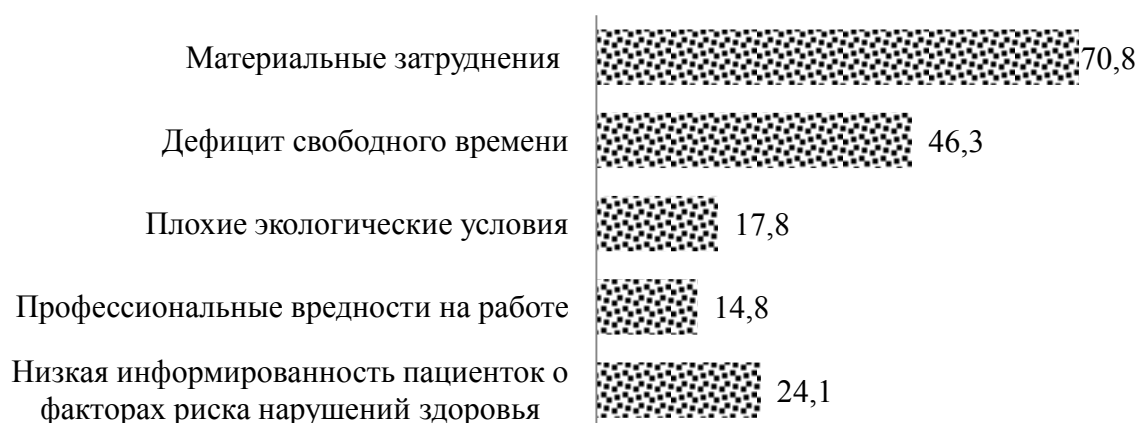


Рис. 49. Основные причины, мешающие пациенткам вести здоровый образ жизни (по результатам опроса 1204 медицинских работников, на 100 опрошенных)

Таким образом, специалисты женских консультаций наиболее оптимистичны в отношении приверженности беременных к ведению здорового образа жизни, хотя каждый пятый из них указывал, что оценить их образ жизни невозможно (23,0%). Почти половина медицинских работников недооценивали вклад образа жизни беременной на здоровье будущего ребенка (44,6%), а при определении причин отказа пациенток от ведения здорового образа жизни преувеличивали значимость материальных трудностей (70,8 на 100 опрошенных) и дефицита времени у пациенток (46,3 на 100 опрошенных).

Это говорит о недостаточной информированности медицинских работников по вопросам здоровья и здорового образа жизни, что имеет большое значение для качественной организации консультативно-профилактической работы специалистов с беременными и подчеркивает необходимость оптимизации их информационного сопровождения в системе антенатальной охраны здоровья детей.

4.2. Анализ рекомендаций, выдаваемых специалистами женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник при консультативно-профилактической работе с беременными

Основной целью консультативно-профилактической работы с беременными является формирование оптимальных условий для вынашивания ребенка, что напрямую связано не только со здоровьем пациенток, но и с их образом жизни. При этом рекомендации специалистов, осуществляющих их информационное сопровождение, должны быть направлены не только на сохранение физического и репродуктивного здоровья женщин, но и на формирование здоровья будущего ребенка, его оптимальное физическое и нервно-психическое развитие.

Анализ тематики рекомендаций, выдаваемых пациенткам медицинскими работниками, показал, что чаще всего это они касались грудного

вскармливания (94,1 на 100 опрошенных), профилактики простудных заболеваний (82,3 на 100 опрошенных), рационального питания (80,8 на 100 опрошенных), лишь треть специалистов давали рекомендации по борьбе со стрессами (31,2 на 100 опрошенных) и еще реже – по профилактике гиподинамии (25,6%). (Рис.50)



Рис. 50. Устные рекомендации, выдаваемые медицинскими работниками женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник при профилактическом консультировании беременных (по данным опроса 1204 специалистов, на 100 опрошенных)

При этом наиболее активны в реализации информационного сопровождения беременных были специалисты женских консультаций и поликлиник общелечебной сети. Медицинские работники педиатрического звена более активно выдавали рекомендации о физической активности. (Рис.51)

Качественное проведение консультативно-профилактической работы с беременными в системе антенатальной профилактики нарушений здоровья и развития будущего ребенка требует от медицинских работников эффективного информационного сопровождения пациенток, что во многом определяется бюджетом их рабочего времени медицинских работников.

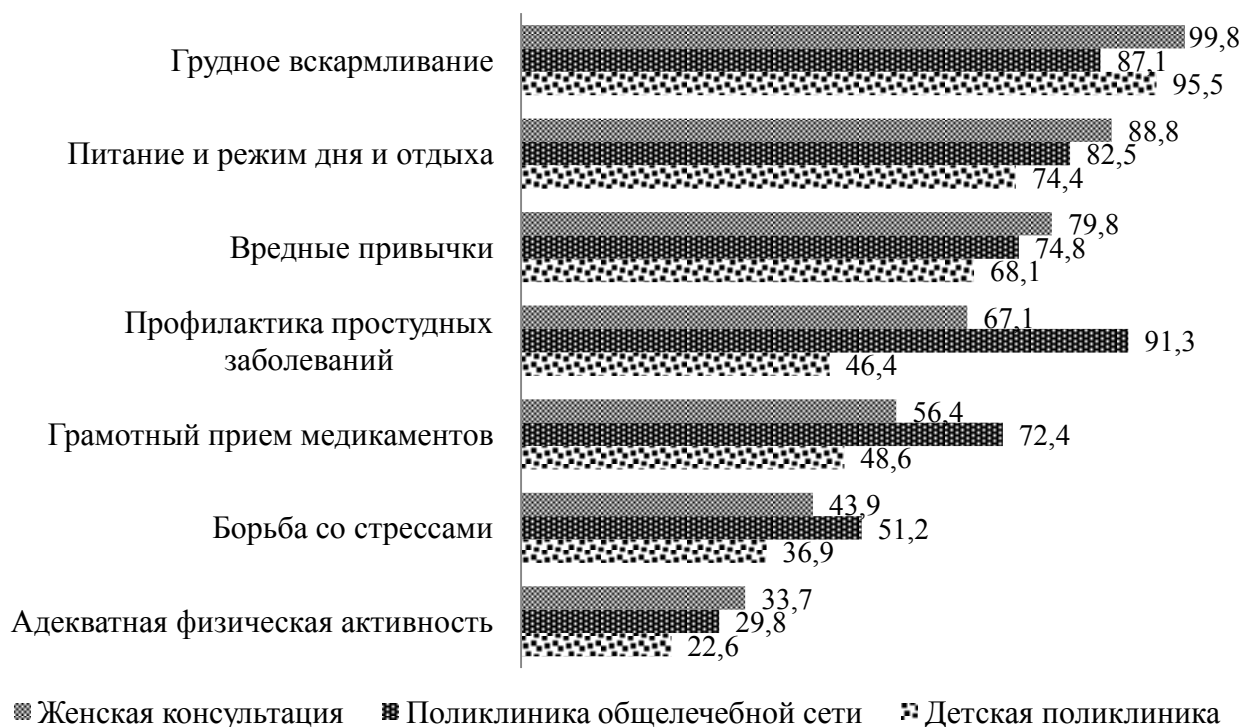


Рис. 51. Активность медицинских работников в реализации информационного сопровождения беременных (по данным опроса 1204 специалистов, на 100 опрошенных)

Однако, по данным опроса, более половины специалистов указали, что бюджет рабочего времени, отведенный на профилактическое консультирование беременных, не позволяет выдавать подробные и полные рекомендации (59,4%). Вероятно, поэтому все медицинские работники рекомендуют своим пациенткам посещение школ для беременных. Кроме того, с точки зрения большинства медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, всем беременным целесообразно было бы выдавать рекомендации в виде памяток (83,5%). (Рис. 52)

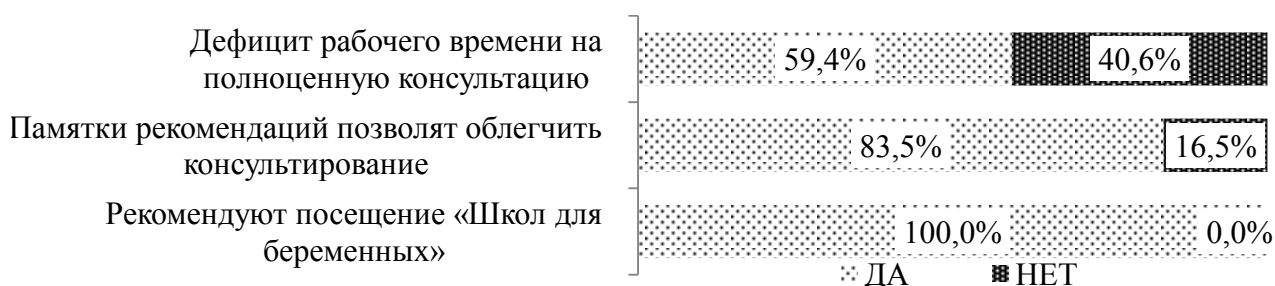


Рис. 52. Мнение медицинских работников о возможностях реализации профилактического консультирования беременных с учетом бюджета рабочего времени (по данным опроса 1204 медицинских работников, %)

Известно, что при проведении качественного профилактического консультирования среди населения, нарушения образа жизни эффективно устраняются. При этом установлено, что осведомленность специалистов о наличии в образе жизни своих пациенток нарушений довольно высокая: эмоциональные нагрузки (98,4 на 100 опрошенных), нарушения режима труда и отдыха (87,7 на 100 опрошенных), питания (74,6 на 100 опрошенных), низкая физическая активность (62,3 на 100 опрошенных) и вредные привычки (56,4 на 100 опрошенных). Однако, рекомендации по этим нарушениям пациенткам выдавались гораздо реже, особенно это касалось эмоционального напряжения (31,2 на 100 опрошенных) и профилактики гиподинамии (25,6 на 100 опрошенных). (Рис.53)

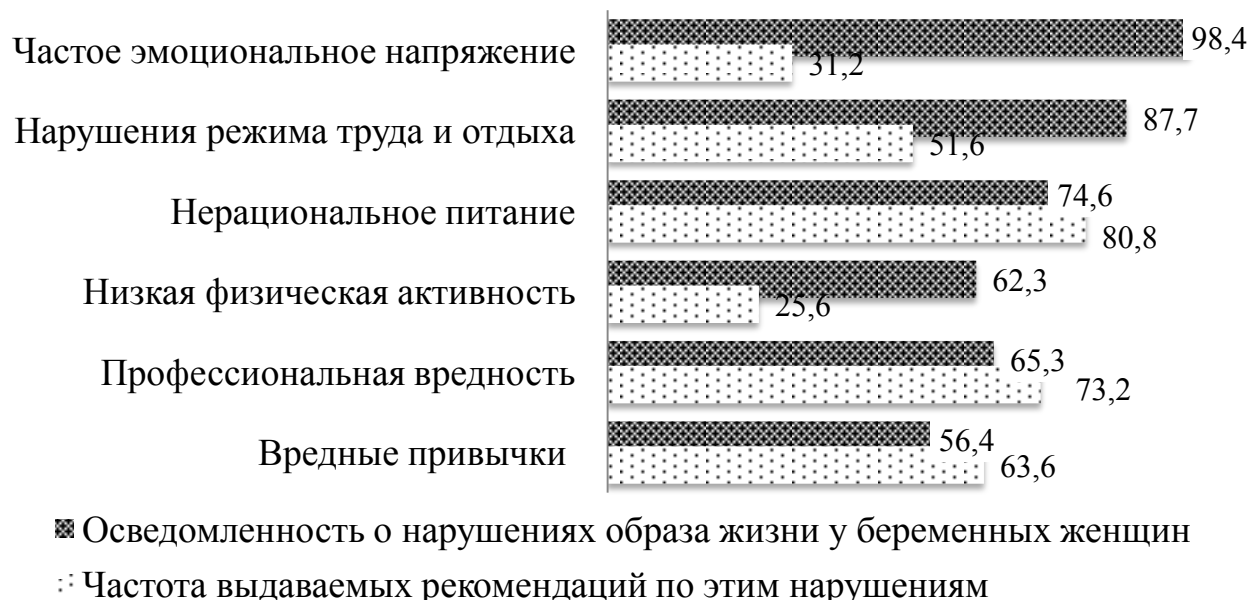


Рис. 53. Осведомленность медицинских работников о наиболее частых нарушениях в образе жизни беременных и частота выдаваемых пациенткам рекомендаций по этим вопросам (по результатам опроса 1204 специалистов, на 100 опрошенных).

Таким образом, при организации профилактического консультирования беременных, несмотря на то, что большинство рекомендаций дублируются, значительная доля беременных не получают рекомендаций о борьбе со стрессами и адекватной физической активности.

Полученные результаты свидетельствуют не только о необоснованно высокой оценке медицинскими работниками своей информированности по вопросам здоровья, но и ставят вопрос о качестве профилактического консультирования беременных в условиях женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник. Это требует оптимизации системы информационного сопровождения беременных, в том числе с позиции повышения информированности самих медицинских работников по вопросам антенатальной охраны здоровья будущего ребенка.

4.3. Осведомленность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о наличии нарушений в образе жизни беременных женщин

Исследования взаимоотношений медицинских работников и пациентов достаточно многочисленны и разнообразны. При этом недостаточно полно исследовано взаимодействие медицинских работников друг с другом в части обмена информацией, позволяющей повысить эффективность профилактического направления своей деятельности.

Анализ осведомленности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о нарушениях в образе жизни беременных, показал, что она недостаточна относительно полноты информации обо всех нарушениях образа жизни пациенток. (Рис. 54)

Так, осведомленность специалистов женских консультаций, о наличии в образе жизни беременных частых эмоциональных нагрузок (91,3 на 100 опрошенных), вредных привычек (96,8 на 100 опрошенных), различных нарушений питания (93,8 на 100 опрошенных), труда и отдыха (94 на 100 опрошенных) была выше.

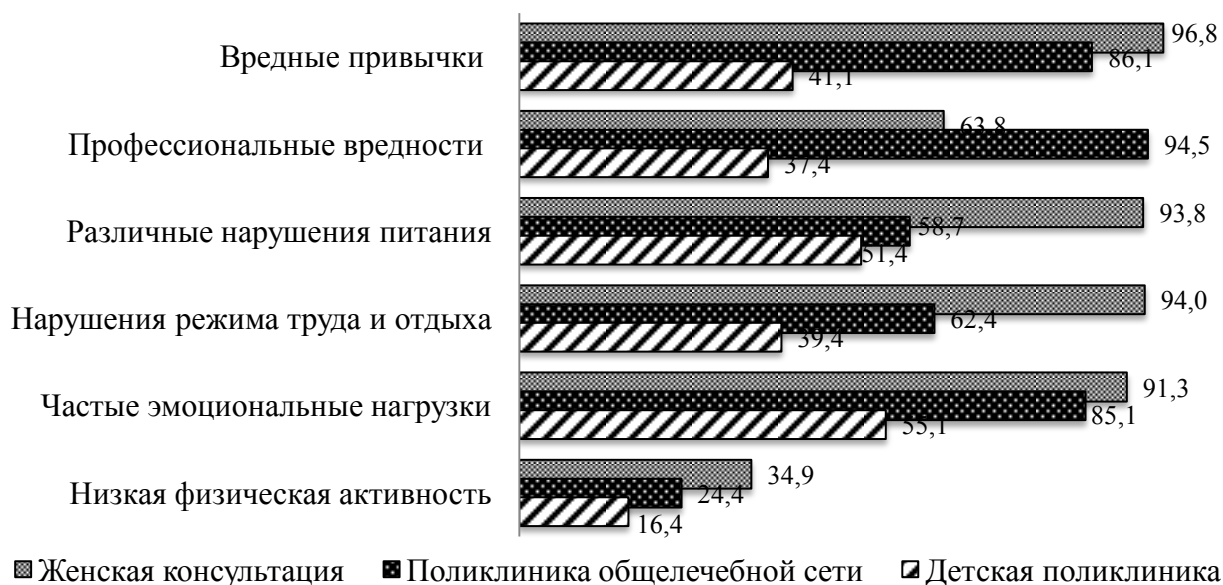


Рис. 54. Осведомленность специалистов разных служб о наличии нарушений в образе жизни беременных (по данным опроса 1204 специалистов, на 100 опрошенных)

О наличии в образе жизни пациенток профессиональных вредностей были лучше осведомлены специалисты общелечебной сети (94,5 на 100 опрошенных). В то же время осведомленность медицинских работников детских поликлиник была значительно ниже по всем указанным компонентам образа жизни беременных.

Недостаточная осведомленность специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник обо всех нарушениях образа жизни беременных с одной стороны может определяться недостатками сбора социального анамнеза у беременных или его неверной оценкой. С другой стороны – несовершенством внутриведомственного взаимодействия специалистов по проблемам антенатальной профилактики нарушений здоровья и развития будущего ребенка.

Организация консультативно-профилактической работы с беременными, предполагает обмен между специалистами информацией не только о здоровье женщины и течении ее беременности, но и мероприятиях, направленных на профилактику нарушений здоровья и развития будущего ребенка. При этом большинство специалистов указывали на получение информации о состоянии

здоровья самой женщины (69,1 на 100 опрошенных), течении беременности (50,7 на 100 опрошенных), готовности беременной к родам (46,3 на 100 опрошенных) и лишь 18,4 (на 100 опрошенных) специалистов получали информацию о мероприятиях по охране здоровья будущего ребенка. (Рис.55)

Мы связываем это с отсутствием четкого механизма обмена информацией между специалистами, а также формы документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций, которые позволили бы как исключить дублирование рекомендаций пациенткам, так и повысить преемственность информации между специалистами разных служб.

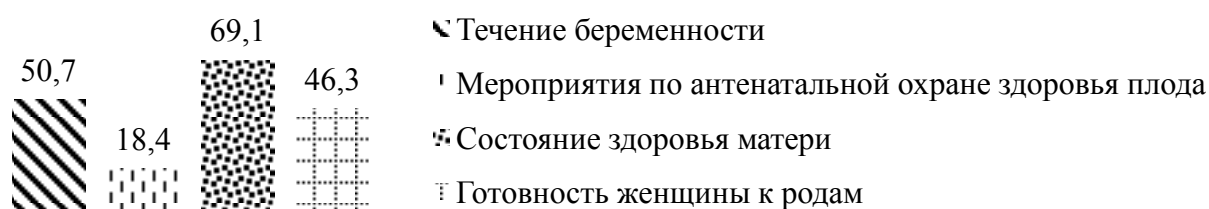


Рис.55. Информация, получаемая медицинскими работниками из медицинской документации (по данным опроса 1204 специалистов, %)

И действительно, более трети специалистов оценивали существующий обмен информацией как недостаточный (38,8%), при этом на дефицит информации от коллег, чаще указывали специалисты детских поликлиник (76,3 %) и реже – медперсонал общелечебной сети (92,0 %). (Рис. 56,57).

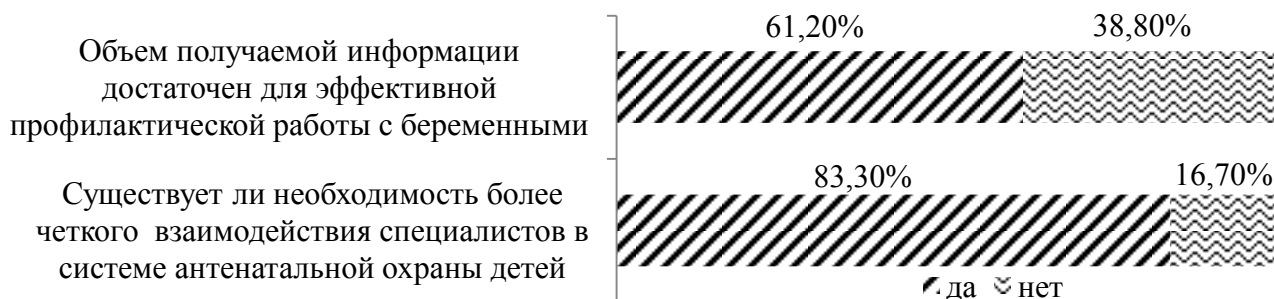


Рис.56. Оценка специалистами обмена информацией между службами при организации профилактических мероприятий с беременными (по данным опроса 1204 медицинских работников,%)

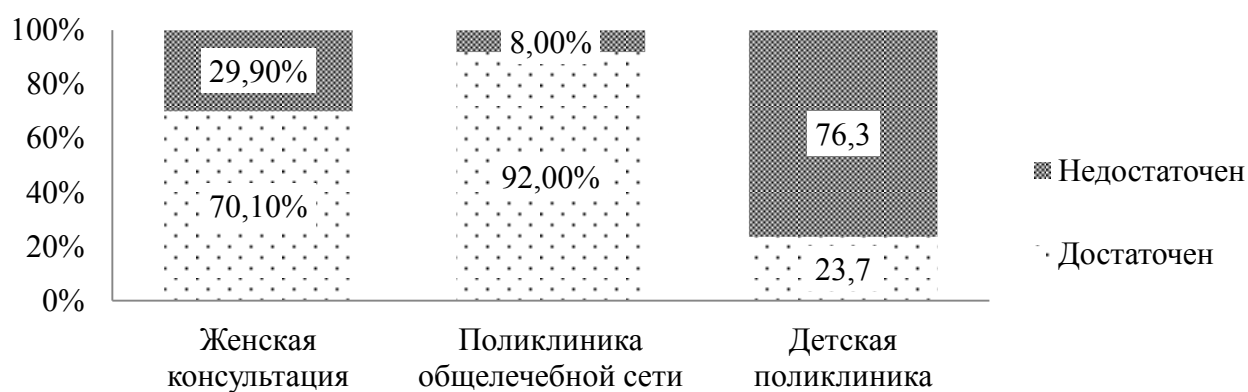


Рис.57. Удовлетворенность медицинских работников женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник объемом информации, получаемой от других специалистов (по данным опроса 1204 медицинских работников, %)

Таким образом, большинство специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник не удовлетворены существующим обменом информацией в системе антенатальной охраны здоровья детей, а их информированность о проведении всей консультативно-профилактической работы с беременными явно недостаточна. Это подчеркивает необходимость разработки четкой схемы внутриведомственного взаимодействия медицинских работников, в том числе с позиции документального закрепления рекомендаций, выдаваемых пациенткам.

4.4. Анализ документального закрепления медицинскими работниками сведений о наличии нарушений в образе жизни беременных и рекомендаций, выдаваемых при их профилактическом консультировании

Приоритетным направлением в системе здравоохранения является первичная профилактика в области охраны здоровья детей, что предусматривает своевременное выявление факторов риска на самом раннем этапе его формирования. В связи с чем, роль мероприятий по организации

профилактического консультирования беременных приобретает особую актуальность.

Рекомендации для данной категории пациенток должны быть связаны, прежде всего, с их образом жизни, так как известно, что факторы образа жизни беременных играют важную роль в формировании здоровья будущего ребенка. Прежде всего, это касается рекомендаций по режиму труда, отдыха, питания, и физической активности беременных, а также по повышению у них стрессоустойчивости и формированию мотивации к рождению здорового ребенка. Кроме того, они должны быть своевременными, грамотными, и доступными для понимания пациентками. И здесь вполне обоснована необходимость документального закрепления сведений, отражающих как медико-диагностические, так и профилактические мероприятия, в том числе направленность рекомендаций, выдаваемых специалистами. Однако, реализация этой функции медицинскими работниками на практике требует изучения и анализа.

На предыдущем этапе исследования было установлено, что наименьшую активность в консультативно-профилактической работе с беременными проявляли специалисты детских поликлиник. Поэтому мы решили уточнить реализацию ими этой деятельности через документальное закрепление сведений об образе жизни беременных и рекомендаций о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка, выдаваемых пациенткам при дородовых патронажах.

В связи с этим, методами выкопировки и экспертной оценки было проведено изучение амбулаторных карт детей, в части листов дородовых патронажей (n=241). В специально разработанной регистрационной карте отмечалась полнота фиксирования медицинскими работниками сведений о нарушениях в образе жизни беременных и документальное закрепление выдаваемых пациенткам рекомендаций о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка.

При анализе листов дородовых патронажей, мы выяснили, что менее чем у 48,1% пациенток установлено количество беременностей, родов (33,6%), у 77,1% беременных был уточнен срок гестации. Менее, чем в трети случаев сделана отметка о течении и исходе предыдущих беременностей (22,4%) и проведении прогноза лактации у будущих матерей (32,7%). В большей части листов дородовых патронажей сделана отметка о сборе и оценке анамнеза: социального (73,03%), биологического (68,05%) и генеалогического (64,7%), где социальный и биологический анамнезы охарактеризованы медицинскими работниками в основном как благоприятные.

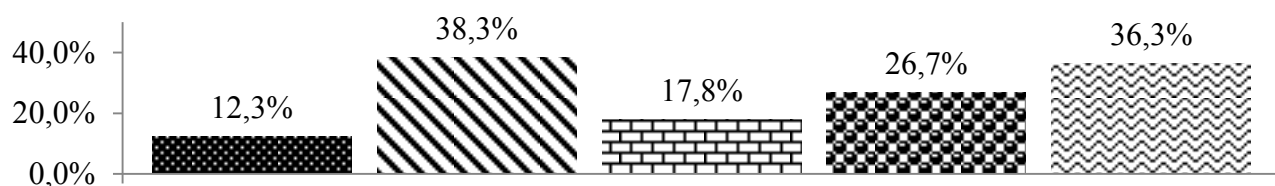
Однако, обоснованность благоприятной оценки медицинскими работниками социального анамнеза пациенток вызывает некоторые сомнения. Так, у 69,9% беременных женщин, с установленным благоприятным социальным анамнезом, было указано, что семья не полная (12,3%), имеются курящие члены семьи (38,3%), и не указаны характер отношений в семье (36,3%), наличие/отсутствие профессиональных вредностей (17,8%), уровень бытовых, санитарно-гигиенических и материальных условий семьи, в которой предстоит жить будущему ребенку (26,7%). По результатам экспертной оценки листов дородовых патронажей, социальный анамнез был оценен правильно у 72,7% беременных. (Рис.58, табл.21)

Таблица 21

Результаты анализа листов дородовых патронажей (%)

№	Показатель	n =	Абс.	%
1	Указана, какой по счету является текущая беременность	241	116	48,1
2	Указано, какими по счету являются предполагаемые роды	241	81	33,6
3	Уточнен срок гестации текущей беременности	241	186	77,2
4	Отметка о течении и исходе предыдущих беременностей	241	54	22,4
5	Отметка о проведении прогноза лактации у беременной	241	79	32,7
6	Выполнена оценка социального анамнеза:	241	176	73,1
	благоприятный анамнез	176	123	69,9
	неблагоприятный анамнез		4	2,3
	условно благоприятный анамнез		49	27,8
7	Социальный анамнез оценен правильно	176	128	72,7

8	Выполнена оценка биологического анамнеза:	241	164	68,1
	благоприятный	164	76	46,3
	неблагоприятный		32	19,5
	условно благоприятный		56	34,1
9	Выполнена оценка генеалогического анамнеза:	241	156	64,7
	благоприятный	156	24	9,9
	неблагоприятный		120	49,8
	условно благоприятный		12	4,9
10	Отметка о наличии нарушений в образе жизни:	241	210	87,1
	режим труда и отдыха	210	181	86,2
	питание		196	93,3
	вредные привычки		162	77,1
	низкая физическая активность		48	22,8
	частые стрессовые ситуации		85	40,4
	профессиональные вредности		59	41,4
11	Отметка о выдаче рекомендаций по выявленным нарушениям:	241	144	59,7
	по режиму труда и отдыха	144	120	83,3
	по питанию		111	77,1
	по профилактике гипогалактии		138	95,8
	об адекватной физической активности		17	11,8
	о вреде табакокурения и употребления алкоголя		96	66,7
	о влиянии стресса на здоровье будущего ребенка		25	17,7



Беременные женщины с установленным благоприятным социальным анамнезом

- Указано, что семья не полная
- ▨ Указано наличие курящих членов семьи
- ▤ Не указано наличие/отсутствие профессиональных вредностей
- ▩ Не проведена оценка бытовых, санитарно-гигиенических и материальных условий
- Не указан характер отношений в семье

Рис.58. Оценка специалистами социального анамнеза беременных (по данным анализа мед. документации, %)

Кроме того, информация о наличии нарушений в образе жизни беременных содержалась в большинстве листов дородовых патронажей (87,1%), а рекомендации по этим нарушениям были выданы лишь половине беременных (59,7%), что характеризует охват беременных рекомендациями как не полный. (Рис. 59, табл. 20)

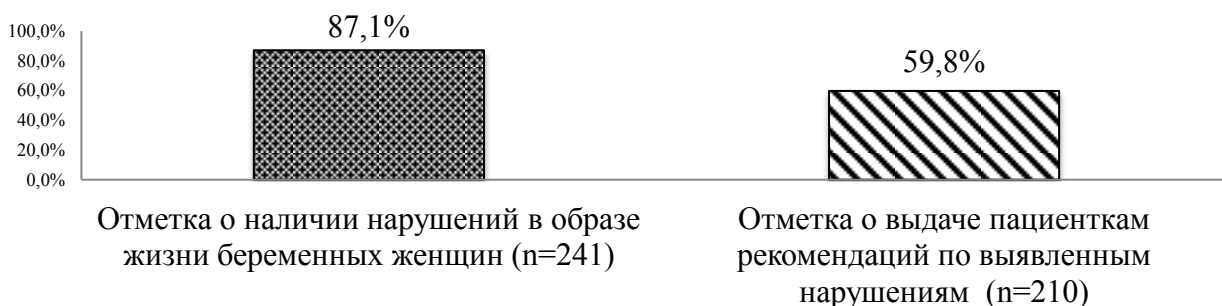


Рис.59. Охват рекомендациями беременных при их профилактическом консультировании (по данным листов дородовых патронажей)

При анализе данных выкопировки мы столкнулись с проблемами, выявленными ранее при анкетировании медицинских работников. Несмотря на то, что медицинские работники детской поликлиники были хорошо осведомлены о высокой распространенности нарушений в образе жизни своих пациенток, тематика рекомендаций для этих беременных чаще всего касалась режима труда и отдыха (83,3%), питания (77,1%), и вредных привычек (66,7%). Лишь незначительная часть пациенток получали рекомендации по профилактике гиподинамии (11,8%), и эмоционального напряжения во время беременности (17,7%) (рис.60, табл. 21)



Рис. 60. Документальное закрепление сведений о нарушениях в образе жизни беременных и рекомендаций, выдаваемых беременным при дородовых патронажах (%)

Таким образом, установлена неправильная оценка медицинскими работниками социального анамнеза беременных при проведении дородовых патронажей, недостаточная активность специалистов детской поликлиники в организации консультативно-профилактической работы с пациентками по антенатальной профилактике нарушений здоровья и развития будущего ребенка, а также не полный охват рекомендациями беременных при их профилактическом консультировании.

Такая ситуация диктует необходимость совершенствования не только информационного сопровождения беременных, но и преемственности информации между специалистами в системе антенатальной охраны здоровья детей. В связи с чем, необходима разработка алгоритма взаимодействия специалистов при организации профилактического консультирования беременных, который будет четко распределять их обязанности в этой работе, обеспечивать наиболее полное и своевременное выявление факторов риска в образе жизни пациенток, а также документальное закрепление выдаваемых им рекомендаций.

При этом информационное сопровождение беременных должно быть грамотным и своевременным, направленным не только на снижение отрицательного воздействия управляемых факторов риска на здоровье матери и ребенка, но и на возможности стимуляции воздействия позитивных факторов, увеличивающих резервы организма.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ, ВЗРОСЛЫХ И ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК МЕРОПРИЯТИЙ ПО АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Оказание медицинской помощи, включающей профилактическую работу, в том числе санитарно-гигиеническое обучение беременных женщин, в нашей стране определяется законодательством РФ, приказами субъектов РФ, а также правовыми актами органов местного самоуправления. Для ее наиболее эффективного оказания существуют различные методические рекомендации и информационные письма для медицинских работников, осуществляющих процесс медицинского обслуживания различных категорий граждан.

Право граждан РФ на охрану, формирование и укрепление их здоровья гарантировано Конституцией РФ, Федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Его реализация обеспечивается охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда и отдыха, воспитания, обучения граждан, а также предоставлением им доступной медико-социальной помощи, оказываемой специалистами учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. (Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.93); Федеральный закон РФ от 30.03.99 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный закон от 21.22.11 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Статьями 2, 5, 8, 10, 25, 27, 29, 36, 45 ФЗ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями от 28.11.15) определены права и обязанности граждан РФ, условия обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и организации проведения профилактических мероприятий, гигиенического воспитания и обучения

граждан РФ. Подчеркивается, что гигиеническое воспитание и обучение граждан обязательны, и направлены на повышение санитарной культуры населения.

В рамках ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 26.04.16), определены основные принципы охраны здоровья граждан, соблюдение которых является обязательным для всех медицинских работников. Подчеркивается приоритет профилактических мероприятий, а также необходимость их разработки и первоочередного осуществления путем информирования граждан о факторах риска для их здоровья, формирования мотивации к здоровому образу жизни, начиная с детского возраста, а также созданию условий для его ведения. (ст. 4-7, ст. 10, 12, 18, 23, 27, 29, 30, 51, 52 ФЗ № 323-ФЗ)

Медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе специализированная, оказывается в учреждениях здравоохранения в соответствии с Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В Ивановской области, также как и во многих других регионах страны, реализация медицинской помощи данной категории пациентов регламентирована, в том числе и региональными приказами для медицинских работников акушерско-гинекологических, терапевтических и педиатрических служб.

В предшествующие годы, функциональные обязанности и формы работы акушеров-гинекологов, как ведущих специалистов в наблюдении за женщинами в период беременности, были закреплены рядом заменяющих друг друга приказов Министерства здравоохранения РФ и Министерства здравоохранения и социального развития РФ: № 462 от 30.12.99 «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным»; № 50 от 10.02.03 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических

учреждениях»; № 197 от 27.03.06 г. «Об организации деятельности родильного дома (отделения)»; № 223 от 30.03.06 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ» (с последующими изменениями и дополнениями); № 224 от 30.03.06. «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц» (с последующими изменениями и дополнениями); № 623 от 24.09.07 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ».

В приказах были определены организация деятельности и структура женской консультации, порядок осуществления деятельности врача акушера-гинеколога, примерный табель оснащения женской консультации, указаны сроки диспансерного наблюдения беременных в зависимости от течения беременности (физиологическое, патологическое), сроки проведения скрининга, лабораторных исследований, условия формирования группы диспансерного наблюдения. При этом основной задачей диспансеризации беременных являлись предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

Перечисленные приказы регламентировали также проведение комплекса необходимых лечебно-профилактических, реабилитационных и социальных мероприятий для сохранения и восстановления здоровья беременных женщин (стандарты), и обеспечение взаимодействия с другими лечебно-профилактическими учреждениями.

В обязанности специалистов женских консультаций вменялось повышение информированности беременных по вопросам грудного вскармливания, профилактике аборт и заболеваний репродуктивной системы, проведение их физической и психопрофилактической подготовки к родам, формирование у них мотивации к рождению и воспитанию здорового ребенка, повышение их санитарной культуры и информированности по различным

аспектам здорового образа жизни. (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 462 от 30.12.99 «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным»); Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 50 от 10.02.03 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 197 от 27.03.06 г. «Об организации деятельности родильного дома (отделения)»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 223 от 30.03.06 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 224 от 30.03.06. «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 662 от 14.09.06 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности»)

В настоящее время эти приказы являются не действующими на основании ряда Приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации: № 622 от 24.09.07 «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»; № 623 от 24.09.07 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ»; № 808н от 02.10.09 «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» и Приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации: № 572н от 01.11.12. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»; № 268 от 29.04.13 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 50 от 30.03.06 от 10.02.03 г. «О

совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»; № 333н от 11.06.15 г. «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н».

Таким образом, на сегодняшний день, для акушеров-гинекологов, основным документом, регламентирующим их функциональные обязанности и формы работы с беременными, в том числе профилактической направленности, является Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 01.11.12. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями от 11.06.15).

В соответствии с ним, медицинская помощь беременным также как и раньше оказывается в 2 этапа, с учетом листов маршрутизации и возникновения осложнений в период беременности. Перенесено на более ранние сроки проведение второго и третьего скринингового УЗИ: ранее они проводились на 20-22 и 32-34 неделях, теперь – на 18-21 и 30-34 неделях. Сокращена частота проведения осмотров акушером-гинекологом женщин с нормально протекающей беременностью до 7 раз (ранее до 10 раз), терапевтом и стоматологом до 2 раз (ранее до 3 раз), ЛОР-врачом, офтальмологом – однократно (ранее до 2 раз). Такая ситуация ограничивает возможности медицинских работников в раннем выявлении факторов перинатальной патологии, осложнений беременности, и следовательно значительно затрудняет реализацию ими приоритета профилактической работы.

Деятельность женской консультации, как и прежде, включает диспансеризацию и патронаж беременных, выделение «групп акушерского и перинатального риска». Сохранена функция по организации пренатальной диагностики хромосомных нарушений и пороков развития у плода, физическая

и психопрофилактическая подготовка беременных и их семей к родам, к рождению ребенка. Также как в предыдущих приказах за женской консультацией закреплено обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных с другими медицинскими организациями (медико-генетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации.

Кроме того, Постановлением Правительства Ивановской области от 27.03.2012 № 94-п «О проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ивановской области» на региональном уровне утвержден комплекс и процедура проведения мероприятий по массовому обследованию женщин в первом триместре беременности в целях предупреждения и раннего выявления нарушений развития ребенка. Уточняется, что пренатальной диагностике подлежат все беременные, проживающие на территории Ивановской области, обратившиеся за медицинской помощью по беременности и родам в сроки беременности с 11 до 13 недель и 6 дней гестации.

Приказом МЗ РФ № 572н от 01.11.12. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» закреплён алгоритм ведения женщин с физиологическим течением беременности, который включает сбор анамнеза, общее физикальное обследование, антропометрию, измерение размеров таза, инструментальные и лабораторные исследования, УЗИ, ЭКГ. Акушеры-гинекологи проводят консультирование беременных по полученным результатам обследования, предоставляют информацию о питании, физической активности,

эмоциональных изменениях во время беременности, возможных осложнениях и факторах риска их возникновения, а также проводят беседы о грудном вскармливании и дают рекомендации по уходу за новорожденными.

Согласно действующему приказу акушер-гинеколог принимает участие в организации и проведении перинатального консилиума по формированию дальнейшей тактики ведения женщин с гинекологическими заболеваниями, с патологическим течением беременности, с врожденными пороками внутренних органов у плода, с сердечно-сосудистыми заболеваниями, при неотложных состояниях, а также с ВИЧ-инфекцией при беременности, в родах и послеродовый периоды.

Утверждена структура женской консультации, включающая регистратуру, кабинет врача-акушера-гинеколога, кабинеты специализированных приемов, кабинеты терапевта, стоматолога, офтальмолога, психотерапевта (медицинского психолога или психолога), юриста, специалиста по социальной работе, ЛФК, психопрофилактической подготовки беременных к родам, по раннему выявлению заболеваний молочных желез, а также другие подразделения, необходимые для диагностических и лечебных мероприятий.

Хорошее оснащение кабинета психопрофилактической подготовки беременных к родам в женской консультации с одной стороны должно способствовать высокой эффективности профилактической работы с беременными, но с другой стороны, отсутствие прямого указания на методическое обеспечение этой деятельности ставит вопрос о необходимости разработки программ информационного сопровождения беременных. Так, несмотря на то, что в законодательном документе практически для каждого подразделения или самостоятельного учреждения (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, Центр охраны репродуктивного здоровья подростков, Перинатальный Центр) предусмотрен организационно-методический отдел, разработка методических

рекомендаций предусмотрена лишь для социальных работников, психологов и сотрудников Перинатального центра.

Качество медицинской помощи женщинам с патологическим течением беременности во многом зависит от наличия стандартов оказания медицинской помощи данной категории пациентов. У акушеров-гинекологов их более тридцати, между тем возможности формирования здоровья ребенка на антенатальном этапе все же упускаются, так как внимание специалистов в большей степени акцентировано на имеющейся у пациенток патологии.

В связи с появлением Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011), нормативная база, регламентирующая деятельность терапевтического звена по профилактической работе с беременными также была подвергнута изменениям. Так, на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 543н от 15.05.12 «Об утверждении положения по организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», являются недействующими приказы Минздравсоцразвития РФ №487 от 29.07.05 г. «Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» и № 584 от 04.08.06 года «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

Новым приказом утверждены правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения поликлиники, кабинета врача общей практики, медицинской профилактики, мобильной медицинской бригады, дневного стационара, врачебной амбулатории, ФАП, центра общей врачебной практики (семейной медицины) и Центров здоровья. По-прежнему первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию

здорового образа жизни, снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Приложением № 24 данного Приказа были определены функции Центров здоровья, включающие групповое и индивидуальное обучение в школах здоровья, а также выдачу рекомендаций по различным аспектам здорового образа жизни. При этом Центры здоровья должны информировать население о вредных и опасных для здоровья человека факторах внешней среды и возможностях снижения уровня их воздействия на здоровье, а также мотивировать пациентов к ответственному отношению не только к своему здоровью, но и здоровью своих детей. Для этого в Центрах здоровья планируются, согласовываются и реализуются мероприятия по формированию здорового образа жизни у населения. При этом, в функции Центров здоровья входит оказание методической и практической помощи медицинским работникам в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, проведению школ здоровья, в том числе их обучение методам проведения данных мероприятий.

В поликлиниках общелечебной сети, могут быть созданы кабинеты профилактики. В Приложении № 6 данного приказа, отмечено, что задачами кабинета врача общей практики является не только санитарно-гигиеническое просвещение, формирование здорового образа жизни и укрепление здоровья населения, но и проведение мероприятий по охране семьи, материнства, отцовства и детства, в том числе организация и проведение школ здоровья.

Для врача общей практики эта функция уже была регламентирована Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 84 от 17.01.2005 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)», но более широко. В нее входит не только санитарно-гигиеническое образование населения и консультирование семей по вопросам формирования здорового образа жизни, выявление факторов риска

путем диспансеризации, но и патронаж беременных женщин, детей раннего возраста, в том числе новорожденных.

Проведение занятий с различными группами пациентов по согласованному с врачом плану входит в функционал медицинской сестры кабинета врача общей практики, что регламентировано Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 350 от 20.11.02 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ».

В помощь специалистам кабинета врача общей практики для эффективной организации указанных мероприятий существуют, например, «Национальные клинические рекомендации» (Оганов Р.Г., 2009) и «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (Дедов И.И., Шестакова М.В., 2011), которые содержат, в частности, рекомендации по организации клинических мероприятий по предупреждению осложнений различных соматических заболеваний у женщин во время беременности. Безусловно, это необходимо в профилактике перинатальной патологии новорожденных, но недостаточно для более эффективного повышения информированности женщин о факторах риска для здоровья их будущих детей.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 662 от 14.09.06 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности» специалистам амбулаторно-поликлинического звена, в том числе терапевтической службы, в обязанности вменяется подготовка беременных к родам, их обучение технике ухода за новорожденным в домашних условиях, аутогенной тренировке, наложению бандажа при беременности, а также помощь беременной в психологической адаптации, назначение диеты и лечебно-оздоровительного режима. Это не совсем соответствует квалификационной характеристике терапевта, а значит, требует как

дополнительного обучения медицинских работников терапевтической сети, так и соответствующего оснащения взрослой поликлиники.

Изменения в нормативно-правовых документах затронули и деятельность медицинского персонала детской поликлиники. Утвержден порядок оказания педиатрической помощи, правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения кабинета врача-педиатра участкового, детской поликлиники (отделения), консультативно-диагностического центра для детей, педиатрического отделения. Санитарно-просветительная работа детской поликлиники включает проведение мероприятий с детьми и родителями (законными представителями) по вопросам профилактики детских болезней и формированию здорового образа жизни. (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.05.12. № 24361)

Организация деятельности кабинета врача-педиатра участкового по прежнему предусматривает патронаж беременных женщин, качественное проведение которого позволяет эффективно реализовать усилия педиатров в одном из важнейших направлений профилактики – антенатальной охране здоровья плода, посредством раннего выявления факторов риска нарушений его развития, более точного прогноза состояния здоровья новорожденного, а также выдачи будущим родителям необходимых рекомендаций.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения СССР № 60 19.01.83 МЗ СССР «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» (с изменениями от 5 мая 1999 г.), врач-педиатр обеспечивает постоянную связь с женской консультацией, и преемственность в наблюдении за беременными (особенно из групп «риска»), проводит санитарно-просветительную работу по вопросам развития и воспитания здорового ребенка, а также профилактики заболеваний.

Медицинская педиатрическая сестра осуществляет дородовые патронажи к беременным женщинам, активно выявляет нарушения самочувствия беременной и своевременно сообщает о них акушеру - гинекологу женской консультации и участковому врачу – педиатру, а также проводит беседы с родителями на участке и в поликлинике по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний.

Этим же приказом утвержден методический совет детской поликлиники по воспитанию здорового ребенка, который не только разрабатывает план профилактической работы учреждения, но и осуществляет методическое руководство необходимыми профилактическими мероприятиями с использованием современных и наиболее эффективных форм. В рамках работы кабинетов здорового ребенка, организованных при детских поликлиниках, проводится пропаганда здорового образа жизни в семье, обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.), а также санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка. Медицинский персонал кабинета здорового ребенка оказывает педиатрам помощь при проведении занятий школ молодых родителей, обучает медицинских сестер педиатрических участков методике ухода за новорожденным, организации его режима дня, возрастным комплексам массажа, гимнастики, закаливания, вскармливания, гигиенического воспитания, профилактике отклонений в развитии и заболеваний.

Осуществление дородовых патронажей было ранее регламентировано и закреплено в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни». На сегодняшний день он утратил силу в связи с выходом Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 90 от 28.02.14 г. «О признании

утратившим силу Приказа Минздравсоцразвития РФ № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни». Несмотря на это, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ № 283 от 19.04.07 г. процент охвата родовыми патронажами беременных женщин остается показателем эффективности профилактической работы педиатров.

В то же время, своевременность и качество проведения родовых патронажей педиатрической службой напрямую зависит от того, как быстро сигнал о беременной женщине, вставшей на учет в женской консультации, поступает в детскую поликлинику. Это во многом определяет качество профилактических мероприятий с беременными женщинами, а значит и здоровье будущих детей.

При систематизации обязанностей специалистов, стало очевидным, что каждая функция дублируется как минимум двумя ЛПУ, что требует четкого обмена информацией между службами. (Табл.22)

Таблица 22

Функциональные обязанности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по антенатальной охране здоровья детей, в том числе профилактического консультирования беременных

Функциональные обязанности специалистов в рамках антенатальной охраны здоровья детей	Женская консультация	Поликлиника общелечебной сети	Детская поликлиника
Патронаж беременных	+	-	+
Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам	+	-	-
Информирование населения о факторах риска заболеваний	+	+	+
Проведение санитарно-просветительной работы с населением по формированию навыков здорового образа жизни	+	+	+
Обеспечение взаимодействия с другими мед. организациями	+	+	+

Обмен информацией между специалистами женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник (внутриведомственное взаимодействие) строится на основе своевременного и четкого обмена сведениями, касающимися не только течения беременности, состояния здоровья пациентки, проведенных диагностических мероприятий и т.д. Внутриведомственное взаимодействие предусматривает обмен информацией о выявленных антенатальных факторах риска, о проведенных мероприятиях по антенатальной охране здоровья детей, о результатах профилактического консультирования беременных.

Ранее Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» была утверждена «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. № 113/у), с помощью которой мог быть организован такой обмен информацией в системе антенатальной охраны детей. Несмотря на то, что этот приказ утратил силу (Приказ Минздрава СССР от 5 октября 1988 г. № 750), а новый альбом образцов учетных форм издан так и не был (Проект приказа Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2011 «Об утверждении форм учетной медицинской документации медицинских организаций») учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России продолжают использовать в своей работе ф. № 113/у.

В действующем Приказе Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 г. № 834н, где утверждены унифицированные формы медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению ф.113/у не указана. Последнее обновление данного Приказа касалось лишь медицинских карт, талона пациента, паспорта врачебного участка, и документов по диспансерному наблюдению и санаторно-курортному лечению.

Таким образом, существующая нормативно-правовая база определяет сопровождение беременных женщин акушерами-гинекологами, терапевтами и

педиатрами, а важнейший аспект первичной профилактики, проведение санитарно-гигиенического обучения, обязаны выполнять все медицинские работники. При анализе обязанностей специалистов стало очевидным, что во многом они дублируют друг друга, например, патронаж беременной, осуществляется как специалистами женской консультации, так детской поликлиники. При этом каждая служба решает свои задачи, а четкого механизма внутриведомственного взаимодействия между службами в Порядках не определено. Так, в функции женской консультации не входит передача в детскую поликлинику информации о постановке женщин на учет по беременности и как следствие, педиатры узнают о своем будущем пациенте зачастую на III триместре беременности, либо уже после его рождения.

В то же время педиатр должен передавать в женскую консультацию результаты дородового патронажа беременной женщины с рекомендациями по ее ведению. (Приказ Департамента здравоохранения Ивановской области и ФГБУ «Ивановский НИИ здравоохранения материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития РФ № 37/76-осн от 30.03.2012). Так, с 2012 года, в связи с появлением этого приказа, передача сигнала из женской консультации в детскую поликлинику о постановке беременных на учет осуществляется письменно, а педиатры по итогам проведения дородовых патронажей должны предоставлять в женскую консультацию рекомендации по ведению пациенток. При этом в приказе не уточняется форма документа, посредством которого передается сигнал из женской консультации в детскую поликлинику, и сроки передачи этого сигнала. Кроме того, на этапе консультативно-профилактической работы с беременными женщинами оптимально детородного возраста (18-35 лет) предусмотрено участие педиатра, но не определены его функции в этой работе.

Информационно-методические материалы и рекомендации, касающиеся внутриведомственного взаимодействия медицинских работников в системе антенатальной охраны здоровья детей не обязательны для исполнения, и во

многим не соответствуют современной нормативной правовой базе. Считаем, что именно издержки нормативной базы значительно снижают не только возможности детской поликлиники в организации мероприятий по антенатальной профилактике нарушений здоровья будущего ребенка, но и успешность акушеров-гинекологов в реализации этой работы.

Одной из задач системы здравоохранения в реализации профилактического направления в охране здоровья населения страны, наряду с осуществлением медико-социальных мероприятий по профилактике нарушений здоровья и развития будущего ребенка, является подготовка информации и предоставление ее будущим родителям в доступной для них форме, своевременной и правильной последовательности. Однако, проведенный анализ нормативных документов, регламентирующих эту работу для специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник показал ее несовершенство. Это требует разработки алгоритма внутриведомственного взаимодействия медицинских работников в организации консультативно-профилактической работы с беременными женщинами, в том числе с позиции совершенствования их информационного сопровождения и документального закрепления выдаваемых им рекомендации.

ГЛАВА 6. РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ КОМПЛЕКСА МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СИСТЕМЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Проведенное исследование позволило выявить целый ряд проблем, связанных с высокой распространенностью нарушений образа жизни у беременных, их низкой медицинской активностью, в том числе информированностью о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка. Такая ситуация может определяться как недостаточной информированностью медицинских работников по этим вопросам, так и несовершенством нормативного регулирования консультативно-профилактической работы с беременными специалистами женских консультаций, взрослых и детских поликлиник, в том числе с позиции документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций.

Понятно, что медико-организационные возможности первичного звена здравоохранения по модификации образа жизни беременных ограничены как временем, так и иными приоритетными задачами амбулаторно-поликлинических отделений, но в этих условиях вполне реально решить две важные задачи:

1. Сформировать у беременных мотивацию к ведению здорового образа жизни, либо к его изменению в лучшую сторону, и прежде всего, за счет качественного информирования женщин по вопросам формирования здоровья детей на антенатальном этапе.
2. Создать условия для качественного информирования женщин по вопросам формирования здоровья будущего ребенка, путем разработки и внедрения медико-организационных мероприятий по консультативно-профилактической работе с беременными.

Работа по реализации задач происходила в три шага.

6.1. Подготовка условий для совершенствования информационного сопровождения беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей (шаг 1)

1. Сформирован комплекс учебно-методических мероприятий для повышения информированности специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, осуществляющих профилактическое консультирование беременных женщин:

- на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ИПО для педиатров, терапевтов, акушеров-гинекологов, участковых педиатрических, терапевтических медицинских сестер, акушерок, а также клинических ординаторов проведены тематические семинары по вопросам образа жизни беременных;
- результаты исследования образа жизни беременных были включены в учебные программы циклов общего и тематического усовершенствования для врачей-педиатров, медицинских педиатрических сестер и клинических ординаторов;
- тема «Образ жизни и информированность беременных о влиянии его нарушений на здоровье будущего ребенка», неоднократно и активно обсуждалась в рамках докладов на конференциях, конгрессах и съездах областного, регионального, всероссийского и международного уровней;

Данный этап работы позволил существенно повысить информированность и грамотность медицинских работников первичного звена здравоохранения, осуществляющих консультативно-профилактическую работу с беременными, а также сформировать у специалистов мотивацию к качественному ведению этой работы.

2. Систематизация информационных материалов, позволяющих использовать самые разные формы профилактического консультирования беременных женщин:

- подбор и экспертная оценка медицинской и популярной литературы по вопросам образа жизни в целом и его особенностей при беременности, которую можно рекомендовать женщинам. Целесообразность подобной формы информирования обусловлена тем, что по данным исследования, каждый пятый опрошенный считает ее наиболее предпочтительной.
- подбор и экспертная оценка Интернет-ресурсов, содержащих достоверную информацию по вопросам образа жизни в целом и его особенностей при беременности, которую можно рекомендовать женщинам. Целесообразность подобной формы информирования обусловлена тем, что по данным исследования, каждый десятый опрошенный считает ее наиболее предпочтительной.
- разработка наборов наглядной информации для беременных: тематических стендов, санбюллетеней, памяток, брошюр, которые у достаточно большого числа пациентов (более 50%) пользуются популярностью.
- разработка презентаций к занятиям по программе информационного сопровождения беременных в условиях женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник, которые у 90 из 100 опрошенных беременных (по результатам их итогового анкетирования) пользуются популярностью.

Систематизация информационных материалов для беременных велась автором, при активном участии сотрудников кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья ИПО, поликлинической педиатрии, при согласовании с ведущими специалистами кафедр акушерства и гинекологии ИПО, поликлинической терапии и эндокринологии, терапии и эндокринологии ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ России.

При этом была создана программа информационного сопровождения беременных в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка, а также комплекс рекомендаций-памяток для беременных.

Эти формы профилактического консультирования беременных формировались в соответствии со следующими требованиями к информационным материалам:

- актуальность, научность, современность и достоверность приводимых сведений, соответствие отечественным и зарубежным клиническим рекомендациям, соотнесение с рекомендациями ВОЗ;
- преемственность и согласованность различных форм и компонентов информационных материалов;
- обеспечение строгой методологии создания материалов, использование при работе только достоверных и качественных источников информации;
- единство дизайна, подчеркивающее преемственность и систематизацию информационных материалов по образу жизни при наступлении беременности;
- соблюдение требований к стилю изложения в материалах для пациентов: четкий, понятный, без узкоспециальной медицинской терминологии, по возможности краткий, а также эмоционально окрашенный и убедительный.
- материалы обогащены иллюстрациями, отражающими смысл самой информации и вызывающими эмоциональные реакции. Приводятся интересные для пациенток факты, удерживающие их внимание.
- дифференцированный подход к формированию набора информационных материалов для беременных в зависимости от наличия рискованных факторов в их образе жизни, триместра беременности, состояния здоровья и течения беременности;
- обновление включенных сведений в соответствии с достижениями медицинской науки не реже 1 раза в 2 года.

В процессе обучения беременных, у женщин всегда была возможность задать интересующие вопросы педиатрам, терапевтам и акушерам-гинекологам, детским неврологам, психологам, а также юристам и педагогам.

Программа состоит из 10 занятий по 90 минут, имеет мультимедийное и информационное сопровождение (памятки): изменения в организме при беременности и развитие будущего ребенка; образ жизни семьи и его влияние на здоровье будущего ребенка; режим труда и отдыха беременной и здоровье будущего ребенка; питание беременной и формирование здоровья будущего ребенка; влияние стресса на здоровье будущего ребенка; физическая активность при беременности; подготовка и поведение в родах; грудное вскармливание: значение; подготовка; лактация; гипогалактия; уход за новорожденным в домашних условиях; воспитание ребенка до и после его рождения.

Каждое занятие включает теоретическую и практическую части, что позволяет будущим родителям, под контролем специалистов, научиться оценивать и корректировать свой образ жизни. Такой подход к санитарно-гигиеническому обучению будущих родителей повышает их ответственность за рождение здорового ребенка, позитивно влияет на оптимизацию его развития, способствует профилактике нарушений здоровья у детей, за счет устранения рисков факторов.

Данная программа содержит мероприятия, направленные на обучение женщин принципам ведения здорового образа жизни, что важно как при подготовке к беременности, так и при ее наступлении, а также после родов. Она позволяет обучить их техникам расслабления, дыхания, массажа и самомассажа, приемам правильного общения с детьми, их воспитания. Успешно формируется не только материнская доминанта и психологическая готовность к родам, к общению с ребенком как до, так и после его рождения, но и устойчивая мотивация к грудному вскармливанию. Результаты работы по повышению информированности беременных по вопросам здоровья и здорового образа жизни, влиянии нарушений его отдельных компонентов на формирование здоровья будущего ребенка, являются отдаленными и могут быть прослежены только через определенное время.

3. Совершенствование медицинской документации, с позиции документального закрепления сведений о нарушениях в образе жизни пациенток и рекомендаций о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка.

Результаты исследования легли в основу разработки документов по совершенствованию деятельности акушеров-гинекологов, терапевтов, педиатров при обеспечении их профилактической работы с беременными:

- проект приказа Департамента здравоохранения Ивановской области от 30.03.2012 № 37/76-осн «Об оптимизации работы акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов в Ивановской области»
- методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утв. Департаментом здравоохранения Ивановской области, 2016 год):
 - порядок проведения дородовых патронажей беременных женщин
 - рекомендации-памятки для беременных, выдаваемые в женских консультациях, взрослых и детских поликлиниках
 - «Листок профилактического консультирования пациента» как форма закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций (Прил.3)

Таким образом, был сформирован комплекс медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка (рис. 61).



Рис. 61. Модель комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей.

6.2. Внедрение комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей и контроль их проведения (шаг 2)

В организационный эксперимент, методом случайной выборки из числа беременных группы наблюдения (n=612), были включены 215 пациенток, которые были разделены на:

- основную группу (n=103) – беременные женщины, обучающиеся по программе информационного сопровождения, а их профилактическое консультирование акушером-гинекологом, терапевтом и педиатром реализуется с оформлением «Листа профилактического консультирования».
- контрольную группу (n=112) – беременные женщины, с традиционным наблюдением и информированием акушерами-гинекологами, терапевтами и педиатрами.

Сравнительная характеристика исходных данных о наличии нарушений в образе жизни этих пациенток, а также об исходном уровне их информированности о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка представлена в таблицах 23,24.

Таблица 23

Исходная частота нарушений образа жизни беременных женщин в группе наблюдения (n=612), основной (n=103) и контрольной группах (n=112) (%)

Нарушения образа жизни, являющиеся факторами риска для здоровья будущего ребенка	n=612		n=103		n=112	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Частое эмоциональное напряжение	599	97,9%	100	97,1%^	109	97,3%^
Низкая физическая активность	531	86,6%	89	86,4%^	97	86,6%^
Нерациональное питание	489	79,8%	82	79,6%^	89	79,5%^
Нарушения режима труда и отдыха	427	69,5%	72	69,9%^	78	69,6%^
Вредные привычки	167	27,3%	27	26,2%^	31	27,7%^

Примечание: ^ - статистически значимых различий не установлено, p>0,05

Исходная информированность беременных группы наблюдения (n=612), основной (n=103) и контрольной группах (n=112) о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка (на 100 опрошенных)

Информированность о влиянии нарушений образа жизни, на здоровье будущего ребенка	n=612		n=103		n=112	
	Абс.	на 100 опрошенных	Абс.	на 100 опрошенных	Абс.	на 100 опрошенных
Частое эмоциональное напряжение	155	25,3	26	25,2 [^]	29	25,9 [^]
Низкая физическая активность	79	12,9	13	12,6 [^]	14	12,5 [^]
Нерациональное питание	307	50,2	52	50,5 [^]	57	50,9 [^]
Нарушения режима труда и отдыха	295	48,2	50	48,5 [^]	54	48,2 [^]
Вредные привычки	549	89,7	92	89,3 [^]	99	88,3 [^]

Примечание: [^] - статистически значимых различий не установлено, $p > 0,05$

Установлено, что исходные данные опроса пациенток основной и контрольной групп были сопоставимы между собой и не имели значимых различий с исходными данными беременных группы наблюдения.

В связи с тем, что в педиатрическом звене была установлена наименьшая активность по информированию пациенток, программа информационного сопровождения беременных женщин была внедрена в работу кабинета здорового ребенка ОБУЗ «Детская поликлиника №6» г. Иваново, как инструмент, позволяющий активизировать медицинских работников педиатрического звена в реализации этой деятельности.

Обучение беременных женщин основной группы (n=103) было организовано коллективно 2 раза в неделю, по 5-7 человек в группе, а также индивидуально для пациенток с низкой мотивацией. Программа состоит из 10 занятий, оснащена мультимедийным сопровождением и памятками, соответствующими тематике каждого занятия.

Для эффективной организации профилактического консультирования беременных основной группы в деятельность специалистов, осуществляющих эту деятельность, был внедрен «Листок профилактического консультирования пациента». При его разработке, путем дополнения уже готовых памяток, был

сформирован комплекс рекомендаций из 3 блоков: акушерско-гинекологические, терапевтические и педиатрические. С одной стороны это исключало дублирование выдаваемых рекомендаций, с другой – обеспечивало своевременность их выдачи.

Рекомендации были разработаны с учетом доступности для понимания пациентками, их выдача была документально закреплена, что обеспечивало также взаимный контроль деятельности всех специалистов в части выдачи информации пациенткам. Все памятки были разработаны на основании действующих стандартов и клинических рекомендаций и учитывали мнение экспертов.

Оформление «Листка профилактического консультирования» подразумевало не только выдачу специалистом рекомендаций (устных или в виде памяток) пациенткам, соответствующих его специальности и сроку гестации беременной, но и письменное подтверждение пациентками о получении этих рекомендаций. Его внедрение в деятельность акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров, участвующих в организационном эксперименте обеспечивало:

- отсутствие необходимости для специалиста поиска актуальной для пациентки информации
- исключение дублирования акушерами-гинекологами, терапевтами и педиатрами выдаваемых рекомендаций, за счет обмена информацией об уже проведенных консультативно-профилактических мероприятиях
- своевременное информирование беременных женщин о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка
- получение беременными доступных для понимания рекомендаций (четких, понятных, без узкоспециальной медицинской терминологии)
- документальное закрепление выдаваемых пациенткам рекомендаций
- взаимный контроль деятельности всех специалистов в части выдачи информации пациенткам

Вместе с тем, предварительно был проведен подробный инструктаж специалистов, участвующих в организационном эксперименте о необходимости:

- еженедельной передачи (тел. звонок) из женской консультации в детскую поликлинику сигнала о постановке женщин на учет по беременности для своевременного проведения дородового патронажа
- регистрации принятых/переданных из женской консультации сигналов о постановке женщин на учет по беременности в регистратуре детской поликлиники/женской консультации
- внесения в листы дородового патронажа своевременных и четких сведений о выявленных нарушениях в образе жизни беременных и выданных им рекомендаций
- соблюдения своевременности и точности внесения сведений о выдаче рекомендаций в «Листки профилактического консультирования пациенток»
- соответствия выдаваемых рекомендаций специальности медицинского работника посредством использования при профилактическом консультировании беременных предложенного комплекса памяток

Кроме того, для основной группы пациенток в начале и конце организационного эксперимента был организован опрос по оценке ими уровня значимости для себя информации и удовлетворенности ее предоставлением от медицинских работников.

Контрольная группа беременных (n=112) получали информацию по вопросам антенатальной охраны здоровья детей традиционно:

- в рамках стандартных консультативных приемов акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров. При этом специалистами не использовались разработанные рекомендации-памятки и не оформлялись «Листки профилактического консультирования».

- самостоятельно, используя любые доступные источники информации, кроме обучения по программе информационного сопровождения в кабинете здорового ребенка ОБУЗ «Детская поликлиника №6» г. Иваново.

Текущий контроль проводимой работы и оформления медицинской документации проводился заведующими женской консультацией, поликлиникой общелечебной сети и детской поликлиникой. Контроль оформления медицинской документации подразумевал:

- наличие в листах дородового патронажа четких сведений о выявленных нарушениях в образе жизни пациенток и выданных им рекомендациях
- наличие и своевременность документального закрепления устных рекомендаций и/или памяток, выдаваемых беременным при их профилактическом консультировании
- наличие письменного подтверждения пациентками о получении рекомендаций от специалиста
- наличие в обменной карте беременной (ф.113/у) данных по результатам дородового патронажа с рекомендациями о ведении беременной

Контроль проводимой работы подразумевал:

- своевременность проведения занятий по программе информационного сопровождения беременных основной группы в кабинете здорового ребенка;
- контроль регистрации приема (передачи) сигнала о постановке беременных на учет в детской поликлинике (женской консультации);

При проведении текущего контроля, выявленные в медицинской документации недостатки оперативно исправлялись специалистами, что позволило при проведении заключительного контроля сделать вывод о том, что записи об образе жизни и рекомендациях по его изменению полные, четкие, конкретные.

Заключительный контроль оформления специалистами медицинской документации осуществлялся главным врачом ОБУЗ «Детская поликлиника №6» г. Иваново.

6.3. Мониторинг показателей, выбранных критериями эффективности внедрения комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей (шаг 3)

В качестве критериев эффективности внедрения комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей были выбраны следующие показатели:

- динамика частоты нарушений в образе жизни беременных женщин, влияющих на формирование здоровья будущего ребенка;
- динамика информированности пациенток о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка;
- значимость для беременных информации по образу жизни и его влиянию на формирование здоровья будущего ребенка
- удовлетворенность пациенток получаемой от специалистов информацией по этим вопросам

Итоговое анкетирование беременных женщин проводилось с использованием тест-карты. (Приложение 1):

- основной группы (n=103) – на последнем занятии по программе информационного сопровождения в детской поликлинике.
- контрольной группы (n=112) – на 32-35 неделе беременности в женской консультации, или в родильном доме.

Анализ данных итогового анкетирования беременных женщин показал, что частота нарушений в образе жизни пациенток основной группы значительно снизилась по всем компонентам в сравнении с данными исходного опроса ($p < 0,001$). Так, итоговая распространенность эмоционального напряжения в образе жизни беременных была ниже исходной в 2,5 раза (97,1%

и 38,9*, $p < 0,01$), а на низкую физическую активность пациентки указывали реже почти в 5 раз (86,4% и 17,5%*, $p < 0,01$). (табл. 25).

У женщин контрольной группы итоговая распространенность нарушений в образа жизни также была ниже исходной, но статистически значимое снижение установлено лишь в отношении их питания (79,5% и 67,9%**, $p < 0,05$). В целом частота таких негативных факторов образа жизни как нерациональное питание, нарушения режима труда и отдыха, вредные привычки была ниже исходной в 1,2 раза. Снижение частоты эмоционального напряжения и гиподинамии в образе жизни беременных было незначительным (1,0 и 1,1 соответственно). (табл. 25).

Таблица 25

Сравнительная характеристика частоты нарушений в образе жизни беременных основной (n=103) и контрольной (n=112) групп (%)

Нарушения в образе жизни беременных	Основная группа (n=103)				Контрольная группа (n=112)			
	Исходные		Итоговые		Исходные		Итоговые	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Частое эмоциональное напряжение	100	97,1	40	38,9*	109	97,3	105	93,8
Низкая физическая активность	89	86,4	18	17,5*	97	86,6	89	79,5
Нерациональное питание	82	79,6	11	10,2*	89	79,5	76	67,9**
Нарушения режима труда и отдыха	72	69,9	24	22,9*	78	69,6	67	59,9
Вредные привычки	27	26,2	10	9,4*	31	27,7	25	22,3

Примечание: * - статистически значимые различия, $p < 0,001$;

** - статистически значимые различия, $p < 0,005$

Мы связываем такое изменение образа жизни беременных с повышением их информированности о влиянии его нарушений на формирование здоровья будущего ребенка, что наиболее эффективно было реализовано путем оптимизации профилактического консультирования пациенток основной группы. По данным итогового опроса беременных основной и контрольной групп было установлено повышение их информированности о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка. При этом итоговая

информированность женщин основной группы по всем нарушениям образа жизни была достоверно выше исходной ($p < 0,01$). (табл. 26).

Таблица 26

Сравнительная характеристика информированности беременных основной ($n=103$) и контрольной ($n=112$) групп о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка (на 100 опрошенных)

Информированность о влиянии нарушений образа жизни, на здоровье будущего ребенка	Основная группа ($n=103$)				Контрольная группа ($n=112$)			
	Исходные		Итоговые		Исходные		Итоговые	
	Абс.	на 100 опрошенных	Абс.	на 100 опрошенных	Абс.	на 100 опрошенных	Абс.	на 100 опрошенных
Частое эмоциональное напряжение	26	25,2	93	90,2*	29	25,9	42	37,5
Низкая физическая активность	13	12,6	95	92,4*	14	12,5	22	22,1
Нерациональное питание	52	50,5	102	99,0*	57	50,9	70	62,3
Нарушения режима труда и отдыха	50	48,5	99	96,2*	54	48,2	75	67,2**
Вредные привычки	92	89,3	101	99,1*	99	88,4	108	96,1**

Примечание: * - статистически значимые различия, $p > 0,001$;

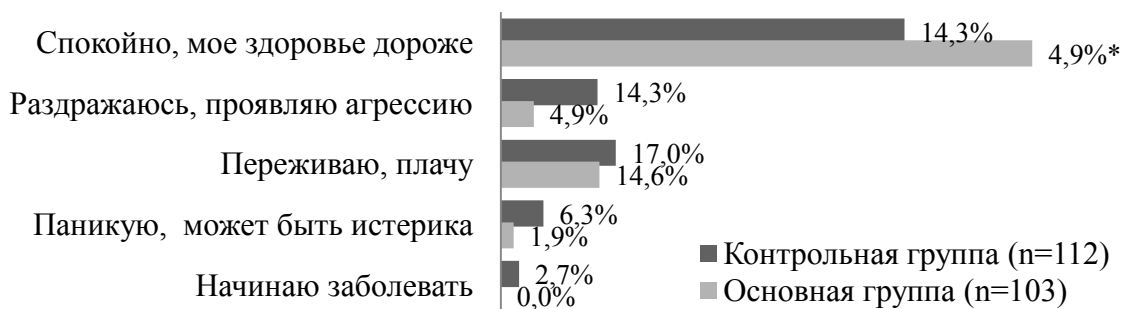
** - статистически значимые различия, $p > 0,005$

Так, их информированность о негативном влиянии эмоционального напряжения увеличилась почти в 4 раза (с 25,2 до 90,2* на 100 опрошенных, $p < 0,01$), а низкой физической активности более чем в 7 раз (с 12,6 до 92,4* на 100 опрошенных, $p < 0,01$) по сравнению с данными исходными опроса.

У беременных контрольной группы итоговая информированность также была выше исходной по всем группам информации. Ее достоверное увеличение касалось лишь режима труда и отдыха (в 1,4 раза, с 48,2 до 67,2** на 100 опрошенных, $p < 0,05$), и влияния вредных привычек (в 1,1 раза, с 88,4 до 96,1** на 100 опрошенных, $p < 0,05$).

Конечно, часть пациенток по-прежнему испытывали эмоциональное напряжение, однако их реакции при этом были более конструктивными по сравнению с женщинами группы контроля. Так, они в 3 раза реже указывали на возможность агрессивного поведения (4,9%* и 14,3%, $p < 0,05$), а также в 3,3 раза реже – паники (1,9% и 6,3%), а возможность заболеть исключали совсем.

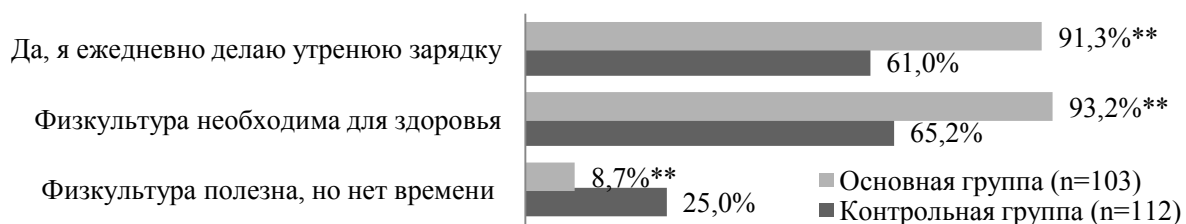
При этом доля пациенток, спокойно ведущих себя в таких ситуациях была достоверно больше в 1,3 раза. (рис. 62)



Примечание: ** - статистически значимые различия, $p > 0,005$;

Рис. 62. Сравнительный анализ реакций беременных женщин основной и контрольной групп в ситуациях эмоционального напряжения (данные итогового опроса, %)

Вместе с тем, снижение частоты гиподинамии у пациенток основной группы обусловлено как повышением их информированности о негативном влиянии этого фактора на здоровье будущего ребенка, так и проведением с ними гимнастических занятий в зале ЛФК детской поликлиники, под контролем инструктора ЛФК. Так, по данным итогового опроса пациенток обеих групп, отношение беременных основной группы к занятиям физкультурой стало более позитивным (93,2%* и 65,2%, $p < 0,01$; 8,7%* и 25,0%, $p < 0,01$), а приверженность к выполнению утренней зарядки выше (91,3%* и 61,0%, $p < 0,01$). (Рис. 63).



Примечание: * - статистически значимые различия, $p > 0,001$;

Рис. 63. Сравнительная характеристика отношения беременных основной и контрольной групп к занятиям физической культурой и их приверженности к утренней зарядке (данные итогового опроса, %)

Таким образом, по результатам итогового опроса пациенток, участвующих в организационном эксперименте, установлено, что

распространенность в образе жизни пациенток основной группы, по сравнению с беременными контрольной группы, была достоверно ниже, а их информированность о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка выше. (табл.27)

Таблица 27

Сравнительная характеристика нарушений в образе жизни и информированности беременных о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка (по данным итогового опроса беременных)

	НАРУШЕНИЯ В ОБРАЗЕ ЖИЗНИ				ИНФОРМИРОВАННОСТЬ			
	Основная группа		Контрольная группа		Основная группа		Контрольная группа	
	Абс	%	Абс	%	Абс	На 100 опрошенных	Абс	На 100 опрошенных
Частое эмоциональное напряжение	40	38,9*	105	93,8	93	90,2*	42	37,5
Низкая физическая активность	18	17,5*	89	79,5	95	92,4*	22	22,1
Нерациональное питание	11	10,2*	76	67,9	102	99,0*	70	62,3
Нарушения режима труда и отдыха	24	22,9*	67	59,9	99	96,2*	75	67,2
Вредные привычки	10	9,4**	25	22,3	101	99,1	108	96,1

Примечание: * - статистически значимые различия, $p > 0,001$

** - статистически значимые различия, $p > 0,005$

Так, частота эмоционального напряжения снизилась в 2,5 раза (38,9%* и 93,8%, $p > 0,001$), низкой физической активности в 4,5 раза (17,5%* и 79,5%, $p > 0,001$), нарушений питания почти в 7 раз (10,2%* и 67,9%, $p > 0,001$), нарушений режима труда и отдыха и наличия вредных привычек в 2,5 раза (22,9%* и 59,9%, $p > 0,001$; 9,4%** и 22,3%, $p > 0,005$).

В то же время их информированность о негативном влиянии эмоционального напряжения, по сравнению с таковой у беременных контрольной группы, была выше в 2,5 раза (38,9%* и 93,8%, $p > 0,001$), низкой физической активности в 4 раза (17,5%* и 79,5%, $p > 0,001$), нарушениях питания, режима труда и отдыха в 1,5 раза (10,2%* и 67,9%, $p > 0,001$; 22,9%* и 59,9%, $p > 0,001$).

Полученный результат был достигнут путем эффективной организации профилактического консультирования пациенток основной группы, которое включало как качественное информационное сопровождение беременных в

системе антенатальной охраны здоровья детей, так и четкое внутриведомственное взаимодействие акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров, реализующих эту работу.

Такие критерии эффективности работы с населением, как повышение значимости информации об образе жизни и удовлетворенность ее предоставлением вполне могут быть отслежены уже в условиях поликлиники. Очевидно, что результат информирования беременных о влиянии различных компонентов их образа жизни на здоровье будущего ребенка во многом зависит от того, насколько они сами считают эту информацию важной, актуальной, и необходимой. Чем выше значимость информация для пациентки, тем больше усилий она прилагает для ее получения от медицинских работников, из литературы, из средств массовой информации, Интернета и т.д.

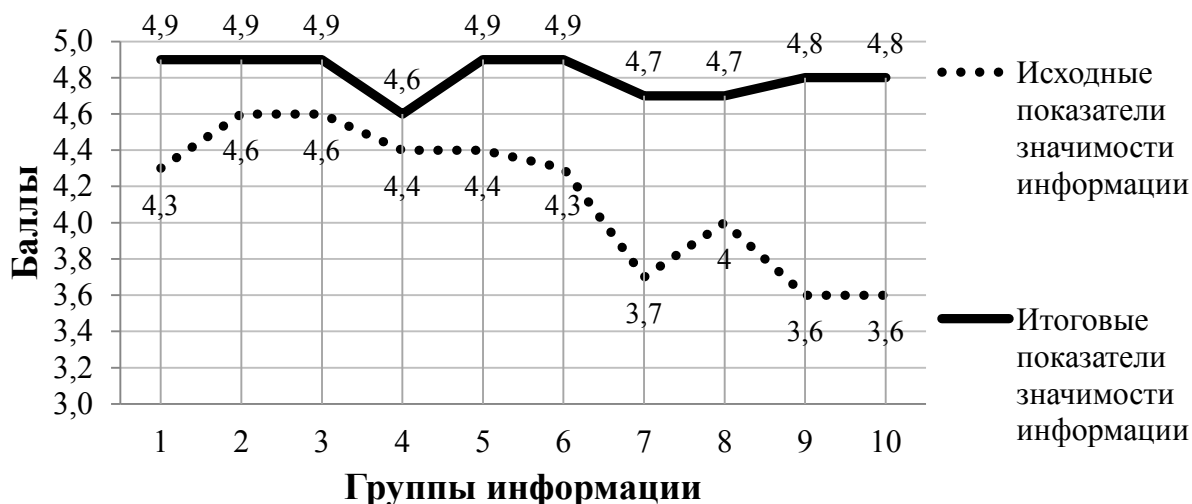
В связи с этим, в начале и в конце организационного эксперимента, мы провели оценку уровня значимости информации об образе жизни и его влиянии на формирование здоровья будущего ребенка для беременных основной группы, а также их удовлетворенности получением этой информации от медицинских работников в рамках профилактического консультирования. При проведении исследования эти показатели были нами обозначены как «значимость информации» и «удовлетворенность информированием». Исходный уровень и структура показателей оценивались на первом занятии по программе информационного сопровождения, а итоговой на заключительном.

Для проведения этой части организационного эксперимента использовалась разработанная «Карта балльной оценки значимости и удовлетворенности информированием» (прил. 4) включала группы информации соответствующие тематике проводимых с ними занятий.

Пациенткам было предложено оценить значимость для них информации и удовлетворенность ее предоставлением медицинскими работниками по шкале от 1 до 5 баллов. Такая шкала была выбрана как наиболее привычная для населения система оценки и наиболее удобная для обработки и оценки

результатов. Рассчитывались средние баллы исходной и итоговой значимости информации и удовлетворенности ее предоставлением.

При сопоставлении исходного и итогового уровня значимости информации для пациенток основной группы о влиянии компонентов их образа жизни на здоровье будущего ребенка, выявлено ее увеличение по всем группам информации. (рис.63, табл. 28)



Группы информации: 1. Взаимосвязь изменений в организме беременной с внутриутробным развитием ребенка; 2. Образ жизни семьи и его влияние на здоровье будущего ребенка; 3. Режим труда и отдыха беременной и здоровье будущего ребенка; 4. Питание беременной и формирование здоровья будущего ребенка; 5. Влияние стресса на здоровье будущего ребенка; 6. Физическая активность при беременности; 7. Подготовка и поведение в родах; 8. Грудное вскармливание; 9. Уход за новорожденным в домашних условиях; 10. Воспитание ребенка до и после его рождения.

Рис.63. Балльные показатели значимости информации для беременных женщин о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка (по данным опроса пациенток основной группы (n=103), баллы)

Наибольший рост заинтересованности пациенток в информации отмечен в отношении ухода и воспитания ребенка (с $3,6 \pm 0,09$ до $4,8 \pm 0,04$, на 33,3%*, $p < 0,01$), подготовки к родам (с $3,7 \pm 0,09$ до $4,7 \pm 0,04$, на 27%*, $p < 0,01$), грудного вскармливания (с $4,0 \pm 0,08$ до $4,7 \pm 0,04$, на 17,5%*, $p < 0,01$), взаимосвязи изменений в организме при беременности с формированием здоровья будущего ребенка (с $4,3 \pm 0,09$ до $4,9 \pm 0,03$, на 14%*, $p < 0,01$), а так же о физической активности в период беременности (с $4,3 \pm 0,08$ до $4,9 \pm 0,03$, на 14%*, $p < 0,01$), и эмоциональном напряжении (с $4,4 \pm 0,07$ до $4,9 \pm 0,03$, на 11,4%*, $p < 0,01$).

Несколько менее значимой осталась информация о влиянии на здоровье будущего ребенка образа жизни беременной (с $4,6 \pm 0,08$ до $4,8 \pm 0,04$, на 4,3%), по режиму труда и отдыха (с $4,6 \pm 0,07$ до $4,9 \pm 0,03$, на 6,5%), и питание во время беременности (с $4,4 \pm 0,01$ до $4,6 \pm 0,05$, на 4,5%). Недооценку значимости некоторых видов информации беременными до их обучения, мы связываем с тем, что далеко не все они понимали значения нарушений их образа жизни для формирования здоровья будущего ребенка.

Вместе с тем, увеличение среднего показателя уровня значимости по всем группам информации почти в 1,5 раза (на 17%*, $p < 0,01$) свидетельствует о том, что проводимая работа по повышению информированности беременных женщин существенно влияет на понимание ими важности роли этих сведений для здоровья будущего ребенка.

В то же время, чем выше качество информирования пациенток, тем выше их удовлетворенность ее предоставлением. При этом имеется в виду насколько понятно, своевременно и грамотно информация доводится до пациенток, насколько их удовлетворяет объем и форма информирования и пр.

Обращает на себя внимание тот факт, что по всем видам информации исходная удовлетворенность оценивалась ниже значимости, т.е. пациентки были недостаточно удовлетворены той информацией, которую считали для себя необходимой. Проведенная работа позволила повысить итоговый уровень их удовлетворенности получаемой от медицинских работников информацией. Во-первых, повысился общий уровень удовлетворенности пациенток с 3,33 до 4,8, что составило 45,4%*, $p < 0,01$). (рис. 64, табл. 28).

Наибольшая удовлетворенность информированием была отмечена по вопросам грудного вскармливания, ухода и воспитания детей (с $3,1 \pm 0,11$ до $4,8 \pm 0,04$, на 54,8%*, $p < 0,01$), влияния эмоционального напряжения (с $3,2 \pm 0,09$ до $4,8 \pm 0,04$, на 50%*, $p < 0,01$), адекватной физической активности (с $3,1 \pm 0,10$ до $4,8 \pm 0,05$, на 47%*, $p < 0,01$) на здоровье будущего ребенка, и подготовки к родам (с $3,2 \pm 0,10$ до $4,7 \pm 0,05$, на 46,9%*, $p < 0,01$).



Группы информации: 1. Взаимосвязь изменений в организме беременной с внутриутробным развитием ребенка; 2. Образ жизни семьи и его влияние на здоровье будущего ребенка; 3. Режим труда и отдыха беременной и здоровье будущего ребенка; 4. Питание беременной и формирование здоровья будущего ребенка; 5. Влияние стресса на здоровье будущего ребенка; 6. Физическая активность при беременности; 7. Подготовка и поведение в родах; 8. Грудное вскармливание; 9. Уход за новорожденным в домашних условиях; 10. Воспитание ребенка до и после его рождения.

Рис.64. Балльные показатели удовлетворенности беременных женщин информированием о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка в рамках организационного эксперимента (по данным опроса пациенток основной группы (n=103), баллы)

При этом уровень итоговой удовлетворенности пациенток предоставлением информации о взаимосвязи изменений в их организме со здоровьем будущего ребенка (с $4,0 \pm 0,09$ до $4,9 \pm 0,03$, на 22,5%*, $p < 0,01$), о влиянии их образа жизни на этот процесс (с $3,6 \pm 0,09$ до $4,7 \pm 0,04$, на 30,6%*, $p < 0,01$), а также о питании (с $3,4 \pm 0,08$ до $4,7 \pm 0,05$, на 38,2%*, $p < 0,01$) и режиме труда и отдыха во время беременности (с $3,5 \pm 0,09$ до $4,8 \pm 0,04$, на 37,1%*, $p < 0,01$), также был значительно выше исходного.

Таким образом, проведенная работа позволила повысить общий уровень значимости для беременных предоставляемой им информации почти в 1,5 раза (на 17,1%; 4,1 и 4,8*, $p < 0,05$), а общий уровень удовлетворенности информированием у пациенток по всем группам информации увеличился в 1,5 раза (на 45,4%; 3,3 и 4,8*, $p < 0,05$) (табл. 28).

Таблица 28

Сравнительная характеристика балльных показателей значимости информации и удовлетворенности информированием беременных женщин до и после их обучения в рамках организационного эксперимента ($M \pm m$)

Группы информации	Значимость информации			Удовлетворенность информированием		
	до	после	Рост (%)	до	после	Рост (%)
1. Изменения в организме при беременности и развитие будущего ребенка;	4,3±0,09	4,9±0,03	14,0*	4±0,09	4,9±0,03	22,5*
2. Образ жизни семьи и его влияние на здоровье будущего ребенка;	4,6±0,08	4,8±0,04	4,3	3,6±0,09	4,7±0,04	30,6*
3. Режим труда и отдыха беременной и здоровье будущего ребенка;	4,6±0,07	4,9±0,03	6,5	3,5±0,09	4,8±0,04	37,1*
4. Питание беременной и формирование здоровья будущего ребенка;	4,4±0,10	4,6±0,05	4,5	3,4±0,08	4,7±0,05	38,2*
5. Влияние стресса на здоровье будущего ребенка;	4,4±0,07	4,9±0,03	11,4*	3,2±0,09	4,8±0,04	50,0*
6. Физическая активность при беременности;	4,3±0,08	4,9±0,03	14,0*	3,1±0,10	4,8±0,05	47,0*
7. Подготовка и поведение в родах;	3,7±0,09	4,7±0,04	27,0*	3,2±0,10	4,7±0,05	46,9*
8. Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия;	4,0±0,08	4,7±0,04	17,5*	3,1±0,11	4,8±0,04	54,8*
9. Уход за новорожденным в домашних условиях;	3,6±0,09	4,8±0,04	33,3*	3,1±0,11	4,8±0,04	54,8*
10. Воспитание ребенка до и после его рождения.	3,6±0,09	4,8±0,04	33,3*	3,2±0,12	4,8±0,04	50,0*
Средний балл по всем группам информации	4,1	4,8	17,1*	3,33	4,8	45,4*

* статистически значимые различия, $p < 0,01$

Очевидная динамика исходных и итоговых показателей «значимость информации» и «удовлетворенность информированием» у беременных женщин основной группы, свидетельствует о целесообразности своевременного и четкого предоставления информации этой категории пациенток о факторах риска для здоровья будущего ребенка.

Важную роль в проведении организационного эксперимента играло внедрение в деятельность акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров «Листка профилактического консультирования пациента». Это позволило им не только облегчить процесс консультирования пациенток за счет использования

готового комплекса памяток, но и исключить дублирование выдаваемых беременным рекомендаций, обеспечивая своевременность их выдачи. При этом выдача рекомендаций была документально закреплена, что обеспечивало взаимный контроль специалистами реализации этой деятельности.

Таким образом, внедрение в работу медицинских организаций комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных женщин, включающего программу их информационного сопровождения в системе антенатальной охраны здоровья детей, а также форму документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций, способствует повышению их информированности по вопросам влияния нарушений образа жизни на формирование здоровья будущего ребенка.

Высокие показатели значимости информации и удовлетворенности ее получением от специалистов указывают на формирование у женщин готовности к изменению своего образа жизни, что обусловлено значительным снижением частоты нарушений в образе их жизни.

Полученные в ходе организационного эксперимента данные подтверждают высокую эффективность комплексного подхода к информационному сопровождению беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей.

Показатели значимости и удовлетворенности беременных женщин информацией могут использоваться как критерии результативности профилактического консультирования женщин в первичном звене здравоохранения и применяться в формате мониторинга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В доступной литературе мы не встретили достаточного числа данных комплексных исследований, позволяющих дать подробную характеристику отдельных компонентов образа жизни беременных, их медицинской активности и информированности о влиянии нарушений образа жизни на здоровье будущего ребенка. Проанализировано достаточно данных о том, какие мероприятия по оптимизации образа жизни различных категорий пациентов используются в медицинских организациях и установлено, что они действительно играют важную роль в профилактике возникновений и обострений заболеваний. Однако, эффективность их будет ограничена пока при их проведении будут игнорироваться медико-организационные и социальные факторы, связанные со средой и условиями жизни каждого человека.

Проведенное исследование показало, что в образе жизни большинства беременных распространены такие нарушения как эмоциональное напряжение (97,7%), низкая физическая активность (86,6%), нарушения питания (79,8%), нарушения режима труда и отдыха (69,5%), вредные привычки до беременности (57,8 на 100 опрошенных) и во время нее (27,3 на 100 опрошенных). Почти половина беременных отмечали наличие у себя вредных профессиональных факторов (40,6 на 100 опрошенных).

При этом информированность пациенток о влиянии наиболее часто встречающихся нарушений был наиболее низкой: по вопросам влияния эмоционального напряжения были информированы 25,5 (на 100 опрошенных), о низкой физической активности 12,3 (на 100 опрошенных), и почти половина женщин вообще не связывали свой образ жизни с формированием здоровья будущего ребенка (43,4%). Выявлена низкая удовлетворенность беременных рекомендациями, получаемыми от специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник. Так, более половины пациенток указали, что не получали рекомендаций по образу жизни в период

беременности от медицинских работников детской поликлиники (78,4%), более трети беременных от специалистов терапевтической службы (37,9%) и почти четверть от специалистов женской консультации (15,2%). При этом для половины беременных, получавших рекомендации специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник они были не понятны (47,2%) и вероятно, поэтому подавляющее число женщин хотели бы их получать в виде памяток (96,9%).

Известно, что низкая информированность беременных о влиянии нарушений образа жизни имеет последствия для здоровья будущего ребенка, что с одной стороны зависит от мотивации женщин, а с другой от активности и грамотности медицинского персонала. По результатам анкетирования специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник установлено, что большинство медицинских работников считали свой уровень информированности в вопросах здорового образа жизни достаточным (69,4%), однако почти половина специалистов недооценивали влияния факторов образа жизни беременных на формирование здоровья будущего ребенка (44,6%). Значительная часть специалистов указывали, что основными причинами отказа пациенток от ведения здорового образа жизни являются материальные трудности (70,8 на 100 опрошенных) и дефицит времени (46,3 на 100 опрошенных), при этом четверть медицинских работников считали оценку образа жизни беременных невозможной (23%).

Недостаточная эффективность консультативно-профилактической работы с беременными более чем половиной специалистов объяснялась дефицитом рабочего времени для качественной организации этой деятельности (59,4%). Между тем, значительная часть медицинских работников осведомлены, что наиболее распространены в образе жизни пациенток такие нарушения как эмоциональное напряжение (98,4 на 100 опрошенных) и низкая физическая активность (62,3 на 100 опрошенных). Однако лишь треть специалистов

выдавали рекомендации о борьбе со стрессами (31,2 на 100 опрошенных), и адекватной физической активности (25,6 на 100 опрошенных).

Установлена низкая активность педиатрического звена в организации консультативно-профилактической работы с беременными, что подтверждается данными опроса беременных женщин и медицинских работников. Так, 78,8% беременных указали, что не получали рекомендаций по образу жизни от медицинских работников детской поликлиники, а по данным опроса самих специалистов, выявлено, что рекомендации по всем компонентам образа жизни они выдавали реже, чем специалисты женских консультаций и поликлиник общелечебной сети. Вероятно, это связано с тем, что осведомленность медицинских работников детских поликлиник по всем компонентам образа жизни беременных была значительно ниже в сравнении с таковой у специалистов других служб, а информация в медицинской документации о проведенных мероприятиях по антенатальной профилактике фигурировала весьма редко (18,4 на 100 опрошенных). Вместе с тем, на недостаточный обмен информацией с другими службами чаще указывали специалисты детских поликлиник (76,3%). Кроме того, большинство медицинских работников (83,3%), считают, что им, для максимально эффективного взаимодействия друг с другом, необходим четкий алгоритм внутриведомственного взаимодействия, повышающий преимущество информации при организации профилактического консультирования беременных.

Деятельность специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник в системе антенатальной профилактики, в том числе по повышению информированности беременных о факторах риска для здоровья будущего ребенка регламентирована законодательством РФ, приказами субъектов РФ, а также правовыми актами органов местного самоуправления, а для ее эффективной организации существуют различные методические рекомендации и информационные письма.

Проводя анализ существующей нормативной правовой базы по организации антенатальной охраны здоровья детей, мы выделили ряд проблем, касающихся профилактического консультирования беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей. С момента выхода ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011), законодательные документы, регламентирующие эту деятельность обновились, при этом подчеркивается приоритет мероприятий по первичной профилактике путем как информирования населения о факторах риска, так и формирования у него мотивации к здоровому образу жизни, начиная с детского возраста, а также созданию условий для его ведения.

Анализ нормативной правовой базы по антенатальной охране здоровья детей показал, что основное внимание специалистов женских консультаций должно быть направлено на женщин с патологическим течением беременности. При этом законодательные документы не содержат прямого указания на механизм практической реализации таких функциональных обязанностей специалистов, как разработка и проведение мероприятий по профилактическому консультированию беременных.

Кроме того, анализ функциональных обязанностей специалистов по антенатальной охране здоровья детей выявил, что большинство из них дублируют друг друга. Однако, при кажущемся дублировании различными медицинскими организациями отдельных функций по антенатальной профилактике нарушений роста и развития детей, каждая из них решает свои задачи. При этом четкого механизма обмена информацией между службами в Порядках не определено. Внутриведомственное взаимодействие могло бы быть реализовано посредством ф.113/у, но утверждающий ее приказ, утратил силу, а новый альбом образцов учетных форм издан так и не был, хотя ф.113/у в нем предусмотрена.

Считаем, что именно издержки нормативной базы значительно снижают не только возможности детской поликлиники в организации мероприятий по

антенатальной профилактике нарушений здоровья будущего ребенка, но и успешность акушеров-гинекологов в реализации этой работы.

В связи с этим, была проведена выкопировка данных и экспертная оценка медицинской документации, в части дородовых патронажей. Было установлено, что при проведении дородовых патронажей, социальный анамнез беременных зачастую оценивался специалистами неправильно. Так, у женщин с благоприятным социальным анамнезом (69,9%) было указано, что семья не полная (12,3%), имеются курящие члены семьи (38,3%), и не указана информация о характере отношений в семье (36,3%), наличии/отсутствии профессиональных вредностей (17,8%), уровне бытовых, санитарно-гигиенических и материальных условий семьи, в которой предстоит жить будущему ребенку (26,7%).

Установлено, что охват беременных рекомендациями при их профилактическом консультировании не полный. Так, информация о наличии нарушений в образе жизни беременных содержалась в 87,1% листов дородовых патронажей, а рекомендации по этим нарушениям были даны лишь 59,8% всех женщин. Конечно, медицинские работники могут сказать, что необходимые рекомендации по образу жизни даются ими беременным в полном объеме, но в силу загруженности и иных причин не фиксируются. Однако, это сложно подтвердить документально, и для изменения ситуации необходимо дополнение медицинской документации формой документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций, что обуславливает необходимость разработки программ информационного сопровождения беременных с распределением тематики рекомендации для каждого специалиста.

Таким образом, вполне очевидна необходимость разработки комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию не только информационного сопровождения беременных, но и оптимизация внутриведомственного взаимодействия специалистов в системе антенатальной охраны здоровья детей. Который будет четко распределять их обязанности в

этой работе, обеспечивать наиболее полное и своевременное выявление факторов риска в образе жизни пациенток, а также документальное закрепление выдаваемых им рекомендаций по выявленным нарушениям.

При этом информационное сопровождение беременных должно быть своевременным, направленным не только на снижение отрицательного воздействия управляемых факторов риска на здоровье матери и ребенка, но и на возможности стимуляции воздействия позитивных факторов, увеличивающих резервы организма.

Таким образом, учитывая, что медико-организационные возможности первичного звена здравоохранения по консультативно-профилактической работе с населением ограничены как временем, так и иными приоритетными задачами амбулаторно-поликлинических отделений, в этих условиях вполне реально решить две важные задачи:

1. Сформировать у беременных мотивацию к ведению здорового образа жизни, либо к его изменению в лучшую сторону, и прежде всего, за счет качественного информирования женщин по вопросам формирования здоровья детей на антенатальном этапе.
2. Создать условия для качественного информирования женщин по вопросам формирования здоровья будущего ребенка, путем разработки и внедрения медико-организационных мероприятий по консультативно-профилактической работе с беременными.

Работа по реализации задач происходила в 3 шага:

1 шаг. Подготовка условий для качественного информационного сопровождения беременных включала проведение семинаров и конференций для специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник.

Полученные данные позволили разработать методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утверждены и

рекомендованы к использованию Департаментом здравоохранения Ивановской области) и дополнить образовательные программы до- и последипломного обучения специалистов в ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ. Это позволило не только повысить информированность и грамотность медицинских работников по вопросам антенатальной профилактики нарушений здоровья детей, но и сформировать у специалистов мотивацию к качественному ведению этой работы.

При системном изложении материалов была создана программа информационного сопровождения беременных, оснащенная мультимедийным сопровождением и памятками к каждому занятию (10 занятий по 90 минут).

Совершенствование медицинской документации, с позиции документального закрепления рекомендаций по образу жизни, выдаваемых беременным в медицинских организациях, подразумевало разработку «Листка профилактического консультирования пациента». Он включает разработанные для каждого специалиста памятки, которые соответствуют действующим клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи беременным, а также учитывают мнение экспертов. Использование специалистами данной формы документального закрепления рекомендаций предполагает, что получение рекомендаций, в том числе в виде памяток, беременные должны подтверждать письменно.

2 шаг. В организационный эксперимент, методом случайной выборки были включены 215 женщин. К контрольной группе были отнесены беременные женщины (n=112), с традиционным наблюдением и информированием акушерами-гинекологами, терапевтами и педиатрами.

В основную группу были включены беременные женщины (n=103), обучавшиеся по программе информационного сопровождения, а их профилактическое консультирование акушером-гинекологом, терапевтом и педиатром реализовывалось с оформлением «Листа профилактического консультирования».

Для повышения активности педиатрической службы в реализации профилактического консультирования беременных в работу кабинета здорового ребенка МГБУ «Детская поликлиника №6» г. Иваново была внедрена программа информационного сопровождения, где занятия с пациентками основной группы проводились 2 раза в неделю, как коллективно (по 5-7 человек), так и индивидуально, что зависело от уровня их информированности и мотивации к изменению своего образа жизни.

Инструктаж специалистов, участвующих в организационном эксперименте о правилах заполнения «Листков профилактического консультирования пациенток» включал необходимость соблюдения своевременности и точности внесения сведений о выдаче рекомендаций. При этом выдаваемые рекомендации должны были соответствовать специальности медицинского работника, для чего было предложено использовать специально разработанные памятки.

Текущий контроль осуществлялся заведующими отделениями женских консультаций, взрослыми и детской поликлиники, заключительный – главным врачом детской поликлиники. Оценивалось наличие и своевременность проведения занятий с пациентками, документального закрепления выдаваемых им рекомендаций.

3 шаг. По результатам итогового анкетирования пациенток, участвовавших в организационном эксперименте, была доказана эффективность комплекса медико-организационных подходов к их профилактическому консультированию. Это подтверждалось повышением информированности пациенток о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка, показателей значимости для них информации и удовлетворенности ее предоставлением специалистами, что способствовало формированию у пациенток готовности к изменению своего образа жизни, и выражалось в значительном снижении частоты его нарушений.

Так, по данным итогового опроса беременных основной и контрольной групп было установлено повышение их информированности о влиянии

нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка. При этом итоговая информированность женщин основной группы по всем нарушениям образа жизни была достоверно выше исходной: о негативном влиянии эмоционального напряжения почти в 4 раза (с 25,2 до 90,2* на 100 опрошенных, $p < 0,01$), а низкой физической активности более чем в 7 раз (с 12,6 до 92,4* на 100 опрошенных, $p < 0,01$). У беременных контрольной группы итоговая информированность также была выше исходной по всем группам информации, но ее достоверное увеличение касалось лишь режима труда и отдыха (в 1,4 раза, с 48,2 до 67,2** на 100 опрошенных, $p < 0,05$), и влияния вредных привычек (в 1,1 раза, с 88,4 до 96,1** на 100 опрошенных, $p < 0,05$). (табл. 26)

При сопоставлении исходного и итогового уровня значимости информации для пациенток основной группы о влиянии компонентов их образа жизни на здоровье будущего ребенка, выявлено ее увеличение по всем группам информации. Наибольший рост заинтересованности пациенток в информации отмечен в отношении ухода и воспитания ребенка (с $3,6 \pm 0,09$ до $4,8 \pm 0,04$, на 33,3*%, $p < 0,01$), подготовки к родам (с $3,7 \pm 0,09$ до $4,7 \pm 0,04$, на 27%*, $p < 0,01$), грудного вскармливания (с $4,0 \pm 0,08$ до $4,7 \pm 0,04$, на 17,5%*, $p < 0,01$), взаимосвязи изменений в организме при беременности с формированием здоровья будущего ребенка (с $4,3 \pm 0,09$ до $4,9 \pm 0,03$, на 14%*, $p < 0,01$), а так же о физической активности в период беременности (с $4,3 \pm 0,08$ до $4,9 \pm 0,03$, на 14%*, $p < 0,01$), и эмоциональном напряжении (с $4,4 \pm 0,07$ до $4,9 \pm 0,03$, на 11,4*, $p < 0,01$). Недооценку значимости некоторых видов информации беременными до их обучения, мы связываем с тем, что далеко не все они понимали значения нарушений их образа жизни для формирования здоровья будущего ребенка. Вместе с тем, увеличение среднего показателя уровня значимости по всем группам информации почти в 1,5 раза (на 17%*, $p < 0,01$) свидетельствует о том, что проводимая работа по повышению информированности беременных женщин существенно влияет на понимание ими важности роли этих сведений для здоровья будущего ребенка. (рис.63, табл. 28)

Обращает на себя внимание тот факт, что по всем видам информации исходная удовлетворенность оценивалась ниже значимости, т.е. пациентки были недостаточно удовлетворены той информацией, которую считали для себя необходимой. Проведенная работа позволила повысить итоговый уровень их удовлетворенности получаемой от медицинских работников информацией. Во-первых, повысился общий уровень удовлетворенности пациенток с 3,33 до 4,8, что составило 45,4%*, $p < 0,01$). Наибольшая удовлетворенность информированием была отмечена по вопросам грудного вскармливания, ухода и воспитания детей (с $3,1 \pm 0,11$ до $4,8 \pm 0,04$, на 54,8%*, $p < 0,01$), влияния эмоционального напряжения (с $3,2 \pm 0,09$ до $4,8 \pm 0,04$, на 50%*, $p < 0,01$), адекватной физической активности (с $3,1 \pm 0,10$ до $4,8 \pm 0,05$, на 47%*, $p < 0,01$) на здоровье будущего ребенка, и подготовки к родам (с $3,2 \pm 0,10$ до $4,7 \pm 0,05$, на 46,9%*, $p < 0,01$).

Очевидная динамика исходных и итоговых показателей «значимость информации» и «удовлетворенность информированием» у беременных женщин основной группы, свидетельствует о целесообразности своевременного и четкого предоставления информации этой категории пациенток о факторах риска для здоровья будущего ребенка. Так, общий уровень значимости для беременных предоставляемой им информации увеличился почти в 1,5 раза (на 17,1%; 4,1 и 4,8*, $p < 0,05$), а удовлетворенности информированием по всем группам информации в 1,5 раза (на 45,4%; 3,3 и 4,8*, $p < 0,05$). (табл. 28)

Это обуславливает более высокую готовность пациенток основной группы к изменению своего образа жизни, что выражается в достоверном снижении частоты нарушений в нем. Так, сопоставив данные итогового опроса, мы установили, что частота эмоционального напряжения у пациенток основной группы достоверно ниже в 2,5 раза (38,9%* и 93,8%, $p < 0,01$), а гиподинамии в 4,5 раза (17,5%* и 79,5%, $p < 0,01$) по сравнению с пациентками контрольной группы. При этом итоговая распространенность эмоционального напряжения в их образе жизни была ниже исходной в 2,5 раза (97,1% и 38,9%, $p < 0,01$), а на

низкую физическую активность они указывали реже почти в 5 раз (86,4% и 17,5%*, $p < 0,01$). У женщин контрольной группы итоговая распространенность нарушений в образа жизни также снизилась, но статистически значимое снижение установлено лишь в отношении их питания (79,5% и 67,9%** , $p < 0,05$). (табл. 25).

Таким образом, внедрение в работу медицинских организаций комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных женщин, включающего программу их информационного сопровождения в системе антенатальной охраны здоровья детей, а также форму документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций, способствует повышению их информированности по вопросам влияния нарушений образа жизни на формирование здоровье будущего ребенка.

Внедрение в деятельность акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров «Листка профилактического консультирования пациента» позволило облегчить процесс консультирования пациенток за счет использования готового комплекса памяток, исключить дублирование выдаваемых беременным рекомендаций, определяя своевременность их выдачи и документальное закрепление, а также взаимный контроль специалистами реализации этой деятельности.

Высокие показатели значимости информации и удовлетворенности ее получением от специалистов указывают на формирование у женщин готовности к изменению своего образа жизни, что обусловлено значительным снижением частоты нарушений в образе их жизни.

Показатели значимости и удовлетворенности беременных женщин информацией могут использоваться как критерии результативности профилактического консультирования женщин в первичном звене здравоохранения и применяться в формате мониторинга.

ВЫВОДЫ

1. Высокая распространенность нарушений в образе жизни беременных женщин сопровождается их низкой информированностью об отрицательном влиянии этих факторов на здоровье будущего ребенка, особенно это касается эмоционального напряжения, выявляемого у большинства пациенток (97,7 на 100 опрошенных), а так же низкой физической активности (86,6 на 100 опрошенных), о негативном влиянии которых информированы лишь четверть беременных (25,5 и 12,3 на 100 опрошенных соответственно).
2. Недостаточная информированность медицинских работников по вопросам антенатальной охраны здоровья детей определяет недооценку ими вклада факторов образа жизни матери в формирование здоровья будущего ребенка, которая отмечена почти у половины специалистов (44,6%), а также преувеличение значимости материальных трудностей (70,8 на 100 опрошенных) и дефицита времени (46,3 на 100 опрошенных) при определении причин отказа пациенток от ведения здорового образа жизни.
3. Низкая удовлетворенность беременных информированием о факторах риска для здоровья будущего ребенка отражает недостаточную эффективность профилактического консультирования пациенток о влиянии наиболее распространенных нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка. Несмотря на хорошую осведомленность медицинских работников о высокой частоте эмоционального напряжения и низкой физической активности у беременных, указанные многими специалистами (98,4 и 62,3 на 100 опрошенных соответственно), рекомендации по этим нарушениям образа жизни выдавали не более трети медицинских работников (31,2 и 25,6 на 100 опрошенных соответственно).
4. Недостаточность внутриведомственного взаимодействия акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров при организации профилактического

консультирования беременных женщин обусловлена отсутствием в Порядках оказания медицинской помощи механизма обмена информацией о пациентках между службами, а также неполной осведомленностью акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров обо всех нарушениях образа жизни пациенток и недостаточной активностью медицинских работников в информировании беременных о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка, что связано отчасти с отсутствием формы документального закрепления рекомендаций, выдаваемых пациенткам при их профилактическом консультировании.

5. Внедрение в работу медицинских организаций комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей, включающего программу информационного сопровождения беременных, комплекс памяток для пациенток и форму документального закрепления выдаваемых им рекомендаций, способствует повышению уровня информированности пациенток о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка, а также значимости информации и удовлетворенности ее предоставлением.
6. Эффективность комплексного подхода определяет достоверно подтвержденную готовность беременных женщин к изменению своего образа жизни в лучшую сторону, особенно это касается снижения частоты эмоционального напряжения и низкой физической активности. По данным итогового опроса их распространенность в образе жизни пациенток основной группы была значительно ниже как по сравнению с исходными данными (97,1% и 38,9%*, $p < 0,01$; 86,4% и 17,5%*, $p < 0,01$ соответственно), так и в сравнении с итоговой частотой у пациенток группы контроля (38,9%* и 93,8%, $p < 0,01$; 17,5%* и 79,5%, $p < 0,01$, соответственно).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На Федеральном уровне:

- для раннего выявления и коррекции нарушений в образе жизни беременных путем своевременного проведения педиатрами дородовых патронажей расширить задачи женских консультаций (Приказ МЗ РФ от 01.11.12 г. № 572н) за счет внедрения алгоритма еженедельной передачи в детскую поликлинику информации о постановке беременных на учет;
- для эффективной организации внутриведомственного взаимодействия специалистов в системе антенатальной охраны здоровья детей дополнить Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» формой документального закрепления рекомендаций «Листок профилактического консультирования пациента».
- для повышения качества оказания медицинской помощи беременным в женских консультациях, поликлиниках общелечебной сети и детских поликлиниках и эффективной организации их профилактического консультирования в системе антенатальной охраны здоровья будущего ребенка рекомендовать к использованию в регионах РФ, предложенные методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей».

2. На региональном уровне:

2.1. Образовательным организациям высшего и дополнительного профессионального образования, научным организациям, осуществляющим образовательную деятельность:

- актуализация вопросов профилактического консультирования беременных женщин по антенатальной профилактике нарушений здоровья и развития будущего ребенка обучении акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров по программам специалитета, подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного образования (на циклах общего и тематического усовершенствования);

- осуществление информационно-методического сопровождения работы специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по вопросам антенатальной профилактики нарушений здоровья и развития детей (клинических базах образовательных организаций ВПО и ДПО);
- организация и участие в осуществлении экспертизы информационных материалов для пациенток с привлечением наиболее квалифицированных специалистов из числа преподавателей образовательных организаций ВПО и ДПО (специалистов по акушерству и гинекологии, терапии и педиатрии, а также организации здравоохранения и общественного здоровья).

2.2. Органам управления здравоохранением субъектов РФ и медицинским организациям (администрациям областных родильных домов, перинатальных центров, женских консультаций, поликлиникам общелечебной сети и детских поликлиник):

- во взаимодействии с медицинскими образовательными организациями ВПО и ДПО обеспечить повышение квалификации специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник по вопросам антенатальной профилактики нарушений здоровья и развития детей;
- внедрить в работу специалистов, осуществляющих профилактическое консультирование беременных «Листок профилактического консультирования пациента» и программу информационного сопровождения беременных;
- обязать специалистов женских консультаций, поликлиник общелечебной сети и детских поликлиник о необходимости вносить в медицинскую документацию сведения о нарушениях образа жизни беременных; четко прописывать рекомендации, направленные на устранение выявленных нарушений образа жизни (физическая активность, эмоциональное напряжение, питание, режим труда и отдыха, т.д.);
- осуществлять контроль проведения данной работы путем мониторинга нарушений в образе жизни пациенток, информированности женщин о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка, а также значимости информации и удовлетворенности беременных ее предоставлением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аброськина, О. В. Приверженность россиян к здоровому образу жизни / О. В. Аброськина, Е. В. Силина // Научные труды SWorld. — 2012. — Т. 16, № 3. — С. 59—61.
2. Авдеева, М. В. Медицинская информированность и удовлетворённость жителей Санкт-Петербурга медицинской помощью профилактического профиля / М. В. Авдеева, Ю. В. Лобзин, В. С. Лучкевич // Профилактическая и клиническая медицина. — 2014. — № 2 (51). — С. 14—18.
3. Агаларова, Л. С. Здоровый образ жизни населения — главное направление профилактической деятельности участковых врачей / Л. С. Агаларова, Ф. А. Тамаева, О. С. Саидов // Наука и образование в жизни современного общества: сб. науч. тр. по матер. междунар. науч.-практ. конф. — Тамбов, 2013. — С. 8—9.
4. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. — 5-й вып. — М., 2011. — (Сахарный диабет. — 2011. — Приложение к № 3).
5. Алексеева, Н. С. Роль психосоциальных факторов риска в формировании метаболического синдрома / Н. С. Алексеева, О. И. Салмина-Хвостова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. — 2013. — № 3 (78). — С. 55—58.
6. Альбицкий, В.Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания [Электронный ресурс] / Альбицкий В.Ю.// Вып.13. — М.: Союз педиатров России, 2011. — 24 с. Режим доступа: <http://www.nczd.ru/node/53>
7. Альбицкий, В. Ю. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники [Электронный ресурс] / Альбицкий В. Ю., Устинова Н.В., Куликов О. В., Ким А. В., Муратова М. В., Рослова З. А., Тимакова Н. В., Рубежов А. Л., Фаррахов А. З., Шавалиев Р. Ф. // ВСП. 2013. №4. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/poryadok-organizatsii-raboty-otdeleniya-mediko-sotsialnoy-pomoschi-detskoj-polikliniki>
8. Андриянова, Е. А. Факторы формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи /

- Е. А. Андриянова, Ю. А. Позднова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. — 2012. — Т. 12, № 1. — С. 40—45.
9. Антонова, Е. В. Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков 15—17 лет / Е. В. Антонова // Российский педиатрический журн. — 2010. — № 1. — С. 44—47.
 10. Баклушина, Е. К. Роль образования врачей первичного звена здравоохранения в обеспечении доступности высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой населению / Е. К. Баклушина, Т. В. Ермошина // Вестн. Ивановской медицинской академии. — 2007. — Т. 12, № 3—4. — С. 198.
 11. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А. А. Баранов // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. — 2012. — Т. 91, № 3. — С. 9—14.
 12. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Терлецкая Р. Н., Зелинская Д. И. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению // ВСП. 2014. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/mnogourovnevaya-sistema-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-detskomu-naseleniyu> (дата обращения: 16.05.2016).
 13. Белова, Е. А. Влияние образа жизни и социальных факторов на уровень здоровья человека / Е. А. Белова // Ученые заметки ТОГУ. — 2013. — Т. 4, № 4. — С. 687—693.
 14. Беляев, А. М. Анализ влияния факторов окружающей среды и образа жизни матери на здоровье новорожденных [Электронный ресурс] / А. М. Беляев, М. А. Полоцкая // Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум». — [Б. м. : б. и.], 2013. — Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2013/9/3927>.
 15. Березина, В. А. Здоровый образ жизни как основа успешной жизнедеятельности человека / В. А. Березина // Образование личности. — 2013. — № 4. — С. 8—15.
 16. Бикметова, Е. С. Задержка роста плода. Частота, факторы риска / Е. С. Бикметова, А. Г. Тришкин, Н. В. Артымук // Мать и дитя в Кузбассе. — 2012. — Т. 1, № 1. — С. 27—31.

17. Будилова, Е. В. Региональная изменчивость средовой смертности населения России / Е. В. Будилова, М. Б. Лагутин // Народонаселение. — 2011. — № 3 (53). — С. 24—35.
18. Бушмелева, Н. Н. Роль профилактической работы амбулаторно-поликлинического звена в снижении репродуктивных потерь / Н. Н. Бушмелева, Ф. К. Тетелютана // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии : сб. науч. тр., посвящ. 75-летию Кировского роддома № 2. — Киров, 2012. — С. 16—18.
19. Вартапетова, Н. В. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии / Н. В. Вартапетова, А. В. Карпушкина // Здоровоохранение. — 2011. — № 9. — С. 76—84.
20. Влияние курения родителей на состояние здоровья новорождённых детей / Е. В. Подсвинова [и др.] // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. — 2014. — № 11 (182). — С. 178—180.
21. Влияние различных алкогольных напитков, употребляемых женщинами репродуктивного возраста, на структуру патологии и здоровье новорожденных / А. Г. Калинина [и др.] // Наркология. — 2012. — № 3. — С. 43—50.
22. Влияние физиопсихопрофилактической подготовки беременных на состояние новорожденных и первородящих женщин позднего репродуктивного возраста / Н. Н. Бушмелева [и др.] // Педиатрия Удмуртии: от науки — к практике : матер. конф., посвящ. 20-летию кафедры детских болезней с курсом неонатологии ФПК и ПП. — Ижевск, 2011. — С. 26—28.
23. Вредные привычки у врачей: лечение и профилактика / Т. В. Решетова [и др.] // Безопасность жизнедеятельности. — 2014. — № 4. — С. 14—20.
24. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. — 2004. — 18 с. — Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9244592223_rus.pdf?ua=1
25. Головина, С. М. Особенности организации диспансеризации беременных и родильниц в Российской Федерации / С. М. Головина, И. Н. Растегаева // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. — 2012. — Вып. 1 : Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья». — С. 30—33.

26. Гордеева, С. С. Отношение к здоровью как социальный феномен / С. С. Гордеева // Вестн. Пермского университета. Философия. Психология. Социология. — 2011. — № 2. — С. 131—136.
27. Гриднев, О. В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья // Здоровоохранение. — 2014. — № 1. — С. 36—40.
28. Громова, Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) / Е. А. Громова // Сибирский медицинский журн. — 2012. — Т. 27, № 2. — С. 22—29.
29. Гукетлова, К. А. Здоровье в обществе риска [Электронный ресурс] / К. А. Гукетлова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2014. — Т. 4, № 11 : Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции студентов и молодых учёных с международным участием «YSRP-2014». — С. 1110. — Режим доступа: <http://medconfer.com/node/4139>
30. Гукетлова, К. А. Проблемы здорового образа жизни и индивидуального здоровья [Электронный ресурс] / К. А. Гукетлова, М. Н. Кузнецова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2015. — Т. 5, № 5 : Материалы 76-й студенческой межрегиональной научно-практической конференции «Молодые ученые — здравоохранению». — С. 830. — Режим доступа: <http://medconfer.com/node/4810>
31. Денисова, Т. Г. Дефицит массы тела у беременных и качество индивидуального здоровья детей / Т. Г. Денисова, Э. В. Бушуева, Л. И. Герасимова // Вестн. Чувашского университета. — 2012. — Т. 3, № 4. — С. 16—20.
32. Деркунская, Ю. С. Опыт взаимодействия с медицинскими структурами при подготовке беременных женщин к родам : докл. на конф. «Естественные роды — роды XXI века» (Ярославль, январь 2009) [Электронный ресурс] / Ю. С. Деркунская // Естественное рождение : [сайт]. — 2009. — 20 февр. — Режим доступа: <http://naturalbirth.ru/public/kostroma.php>
33. Диагностика перинатальной патологии и возможные пути коррекции выявленных нарушений / С. В. Супрун [и др.] // Современные вопросы педиатрии : сб. науч. трудов III Съезда педиатров Дальневосточного федерального округа, II Съезда детских врачей Республики Саха (Якутия). — Кирова, 2014. — С. 382—392.

34. Диетология : руководство : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / А. Ю. Барановский [и др.] ; под ред. А. Ю. Барановского. — 4-е изд. — СПб. : Питер, 2012. — 1022 с.
35. Добряков, И. В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты / И. В. Добряков // Вестн. Российской военно-медицинской академии. — 2014. — № 1 (45). — С. 46—50.
36. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2013 г. : Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. — 2013. — 212 с. — Режим доступа: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85380/7/9789244505878_rus.pdf?ua=1
37. Дудченко, З. Ф. Обеспечение здорового образа жизни на государственном уровне / З. Ф. Дудченко // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. — 2011. — Т. 15, № 1. — С. 87—91.
38. Еремкина, Е. П. Вредные привычки как фактор возникновения синдрома задержки развития плода / Е. П. Еремкина, Н. А. Тюрина // Medicus. — 2015. — № 2 (2). — С. 10—11.
39. Ермолаева, П. О. Основные тенденции здорового образа жизни россиян / П. О. Ермолаева, Е. П. Носкова // Социологические исследования. — 2015. — № 4. — С. 120—129.
40. Жданова, Л. А. Оптимизация работы детской поликлиники в условиях реформирования здравоохранения. Опыт Ивановской области [Электронный ресурс] / Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, О. С. Рунова // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. — 2014. — № 7. — С. 16—24. — Доступ по электронной подписке.
41. Жильцова, Е. Е. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья и медицинская активность женщин репродуктивного возраста / Е. Е. Жильцова, А. В. Бреусов // Здоровье населения и среда обитания. — 2013. — № 10 (247). — С. 13—15.
42. Журавлева, И. В. Здоровье детей и подростков: социологический взгляд / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Дети и общество: социальная реальность и новации : сб. докл. Всероссийской конференции с международным участием

- «Дети и общество: социальная реальность и новации. — М. : РОС, 2014. — С. 798—808.
43. Зайцева, Н. В. Анализ риска здоровью населения на современном этапе / Н. В. Зайцева, И. В. Май, П. З. Шур // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2013. — № 2. — С. 20—24.
 44. Здоровое питание : информационный бюллетень № 394 [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. — 2015. — Сентябрь. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru/>
 45. Зелионко, А. В. Медицинская информированность как ключевая компетенция при формировании здорового образа жизни у городских жителей / А. В. Зелионко // *Международный научно-исследовательский журн.* — 2014. — № 2—3 (21). — С. 71—73.
 46. Иванов, В. П. Медицинская экология / В. П. Иванов, Н. В. Иванова. — СПб. : Спецлит, 2011. — 430 с.
 47. Изучение факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи / Л. С. Агаларова [и др.] // *Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития*. — 2011. — № 4. — С. 33—35.
 48. Ильин, А. Г. Об организации деятельности врача-педиатра участкового / А. Г. Ильин // *Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза*. — 2008. — № 10. — С. 12—19. — Доступ по электронной подписке.
 49. Ильин, А. Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09 / Ильин Александр Геннадьевич. — М., 2005. — 54 с.
 50. Исследование отношения к здоровому образу жизни современной молодежи / О. Н. Шевченко [и др.] // *Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты*. — 2015. — № 18. — С. 105—108.
 51. Итоги работы российского здравоохранения в 2012 году и перспективы его дальнейшего развития // *Главный врач*. — 2013. — № 3. — С. 3—9.
 52. Каирова, М. Т. Модель и содержание программы обучения взрослых женщин рациональному питанию / М. Т. Каирова // *Вестн. Ленинградского*

- государственного университета им. А. С. Пушкина. — 2011. — Т. 5, № 3. — С. 63—73.
53. Карамнова, Н. С. Профилактическое консультирование для лиц молодого возраста по рациональному питанию в кабинетах и отделениях медицинской профилактики (окончание) / Н. С. Карамнова // Заместитель главного врача. — 2015. — № 9 (112). — С. 28—37.
 54. Касьянова, О. А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству / О. А. Касьянова. — Саратов : Наука, 2009. — 156 с.
 55. Кацова, Г. Б. Социальная характеристика юных беременных / Г. Б. Кацова, Т. Н. Павленко, Н. П. Малеева // Материалы XVII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — М., 2013. — С. 264.
 56. Клименов, Л. Н. Распространенность вредных привычек у современных девушек-подростков / Л. Н. Клименов, Л. А. Строзенко // Материалы XVII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — М., 2013. — С. 270.
 57. Клименов, Л. Н. Соматическое здоровье подростков г. Барнаула Алтайского края / Л. Н. Клименов, Л. А. Строзенко // Материалы XVII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — М., 2013. — С. 271.
 58. Когутницкая, М. И. Перинатальные факторы риска формирования и развития ретинопатии у недоношенных новорожденных / М. И. Когутницкая, И. В. Хворостяная, И. Ю. Литовка // Перинатология и педиатрия. — 2011. — № 4. — С. 25.
 59. Козловская, А. В. Влияние профессиональной занятости матери и ее семейного положения на массу тела новорожденного и риск преждевременных родов в городе Мончегорске Мурманской области за 30-летний период / А. В. Козловская, Ю. О. Одланд, А. М. Гржибовский // Экология человека. — 2014. — № 8. — С. 3—12.
 60. Комаров, Ю. М. Новое в законодательстве о здравоохранении / Ю. М. Комаров // Главврач. — 2012. — № 5. — С. 47—53.
 61. XIX Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» : [пресс-релиз Конгресса] // Союз педиатров России : [сайт]. — [М. : б. и., 2016]. — Режим доступа: <http://www.academypediatrics.ru/sites/default/files/pdf/XIXpost.pdf>

62. Конова, С. Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09 / Конова Светлана Романовна. — М., 2007. — 58 с.
63. Костин, И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01, 14.02.03 / Костин Игорь Николаевич. — М., 2012. — 49 с.
64. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.93) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.08 № 6-ФКЗ, от 30.12.08 № 7-ФКЗ, от 05.02.14 № 2-ФКЗ, от 21.07.14 № 11-ФКЗ) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/
65. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]// ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России : [сайт]. — Режим доступа: <http://www.mma.ru/files/k2020.ppt>
66. Королёв, С. В. Физическая активность и вредные привычки как факторы, формирующие состояние здоровья / С. В. Королёв, А. А. Деордиев // Современное общество: проблемы, идеи, инновации. — 2014. — Т. 2, № 3. — С. 32—35.
67. Котлярова, М. Н. Изучение влияния социальных отношений беременных женщин на характер протекания беременности / М. Н. Котлярова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. — 2014. — № 3 (6). — С. 36—58.
68. Кривулин, Е. Н. Гендерные психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста / Е. Н. Кривулин, А. Х. Мингазов // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. — 2013. — № 3 (78). — С. 33—35.
69. Критерии оценки эффективности работы врача — педиатра участкового [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России № 283 от 19.04.07 г. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902041474>
70. Крючкова, Н. В. Оценка информированности населения по вопросам здорового образа жизни [Электронный ресурс] / Н. В. Крючкова, А. М. Русанова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2014. — Т. 4, № 5. — С. 657. — Режим доступа: <http://medconfer.com/node/3533>

71. Кучма, В. Р. Здоровый человек и его окружение : учебник / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова. — 4-е изд, испр. и доп. — ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 544 с.
72. Лавренюк, И. И. Факторы риска формирования перинатальной патологии новорожденных, требующей восстановительной терапии на 2 этапе выхаживания / И. И. Лавренюк // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 6. — С. 644.
73. Лавров А.Н. Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья и разработка организационной модели системы охраны здоровья женщин фертильного возраста: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004 — 267 с.
74. Лазарев, М. Л. Система медицинского, психологического и педагогического сопровождения развития ребенка до и после рождения / М. Л. Лазарев // Вопр. современной педиатрии. — 2011. — Т. 10, № 2. — С. 120.
75. Лазарева, Н. В. Основа снижения риска неблагоприятного исхода беременности в рациональном питании женщин / Н. В. Лазарева // Здоровье и образование в XXI веке. — 2015. — Т. 17, № 2. — С. 26—28.
76. Лебедева-Несевря, Н. А. Гигиеническое поведение в системе социальных факторов, формирующих здоровье населения / Н. А. Лебедева-Несевря // Научные проблемы гуманитарных исследований. — 2012. — № 7. — С. 181—186.
77. Линденбратен, А. Л. Методические рекомендации по комплексному анализу состояния здоровья и здравоохранения территории / А. Л. Линденбратен, В. М. Шипова, А. Н. Плутницкий. — М., 2013. — 80 с.
78. Лисицын, Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын, Ю. М. Комаров. — М., 1982. — 40 с.
79. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 544 с.
80. Листова, Т. А. Религиозно-нравственное отношение к деторождению в русской семье / Т. А. Листова // Православная жизнь русских крестьян XIX—XX веков. Итоги этнографических исследований. — М. : Наука, 2001. — С. 36—52.
81. Магомедова, С. А. Социально-экономические и психосоциальные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Магомедова, Н. Р.

- Моллаева // Вестн. Дагестанской государственной медицинской академии. — 2012. — № 2. — С. 51—55.
82. Марищук, В. Л. Здоровый образ жизни — важная преграда вредным привычкам / В. Л. Марищук, Л. В. Марищук, Т. В. Платонова // Культура физическая и здоровье. — 2011. — № 4. — С. 62—66.
83. Матвеева, Н. Н. Роль физической активности в формировании женского здоровья [Электронный ресурс] / Н. Н. Матвеева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2015. — Т. 5, № 5. — С. 620. — Режим доступа: <http://medconfer.com/node/5149>
84. Махмутова, Р. К. Переживания женщин, ожидающих появления ребёнка, в зависимости от особенностей их мотивационной сферы / Р. К. Махмутова // Вестн. Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. — 2011. — № 3—2. — С. 77—87.
85. Мачулина, Л. Н. Влияние питания беременной и кормящей женщины на здоровье ребенка / Л. Н. Мачулина // Медицинские новости. — 2011. — № 2. — С. 65—67.
86. Медико-социальная характеристика беременных женщин г. Иваново / А. И. Малышкина [и др.] // Российский вестн. акушера-гинеколога. — 2014. — Т. 14, № 4. — С. 9—12.
87. Медицинская активность молодых женщин, проживающих в сельской местности / С. А. Абрамова [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. — 2014. — Т. 16, № 1. — С. 9—10.
88. Медицинская грамотность (комплаентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья / К. Р. Амлаев [и др.] // Медицинский вестн. Северного Кавказа. — 2012. — № 4. — С. 75—79.
89. Медицинская грамотность населения и проблемы табакокурения и алкоголизма / К. Р. Амлаев [и др.] // Здоровье населения и среда обитания : матер. науч.-практ. конф. — Ставрополь, 2012. — С. 204—208.
90. Методологические основы гигиенической терминологии относительно проблемы здорового образа жизни / С. М. Кузнецов, В. А. Майдан, А. А. Шишлин, С. Г. Кузьмин // Вестн. Российской военно-медицинской академии. — 2015. — № 2 (50). — С. 229—235.

91. Модестов, А. А. Здоровьесберегающее поведение подростков и молодежи как основа здоровья будущих родителей / А. А. Модестов, С. А. Косова, А. И. Иванова // Российский педиатрический журн. — 2012. — № 3. — С. 46—50.
92. Модестов, А. А. Модернизация профилактического направления в педиатрии: проблемные зоны и возможности / А. А. Модестов, С. А. Косова, В. И. Бондарь // Профилактическая медицина. — 2013. — Т. 16, № 3. — С. 14—21.
93. Мошкович, П. Особенности самосохранительного поведения российских подростков / П. Мошкович // Социальные аспекты здоровья населения. — 2011. — Т. 20, № 4. — С. 20.
94. Музыка, М. В. Перинатальные факторы риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития в экологических условиях Астрахани / М. В. Музыка, М. В. Штепо, С. В. Лапекко // Астраханский медицинский журн. — 2011. — Т. 6, № 3. — С. 107—109.
95. Мысяков В.Б. Обоснование региональной системы мер по оптимизации медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в условиях модернизации здравоохранения (на модели Пензенской области): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Рязань, 2012. – 44 с.
96. Национальные клинические рекомендации : сборник / под. ред. Р. Г. Оганова. — 2-е изд. — М. : Силицея-Полиграф, 2009. — 528 с.
97. Нетребенко, О. К. Программирование питанием: рацион беременной женщины и здоровье потомства / О. К. Нетребенко // Педиатрия. Журн. имени Г. Н. Сперанского. — 2013. — Т. 92, № 2. — С. 49—57.
98. Нетребенко, О. К. Программирование питанием: рацион беременной женщины и здоровье потомства / О. К. Нетребенко // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 5. — С. 49—57.
99. Неудахин, Г. В. Информационные ресурсы по первой помощи в сети Интернет / Г. В. Неудахин, Л. И. Дежурный, К. И. Лысенко // Социальные аспекты здоровья населения. — 2012. — Т. 23, № 1. — С. 10.
100. Никитина, Н. Н. Исследование медико-социальных факторов влияния образа жизни беременных на состояние здоровья рожденных ими детей / Н. Н. Никитина, Джули Муза, В. Ю. Мишекурин // Вестн. Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. — 2013. — Т. 1, № 71.
101. Никифоров, Г. С. Представления о критериях здоровья человека / Г. С. Никифоров, Л. И. Августова // Вестн. Санкт-Петербургского

- университета. Серия 16: Психология. Педагогика. — 2013. — № 4. — С. 4—13.
102. Никифоров, Г. С. Психология здоровья в России: становление и современное состояние / Г. С. Никифоров // Вестн. Санкт-Петербургского университета. Серия 16: Психология. Педагогика. — 2012. — № 1. — С. 38—47.
103. О внесении изменений в Положение об организации деятельности родильного дома (отделения), утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2006 г. № 197 [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.07 г. № 305. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902047683>
104. О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 11.06.15 г. № 333н. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420284791>
105. О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 11.06.15 г. № 333н. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420284791>
106. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 марта 2006 г. № 223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации» [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 06.04.07 г. № 239. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902047678>
107. О глобальной стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех в XXI веке // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. — 2012. — № 6. — С. 38—47.
108. О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах [Электронный ресурс] : приказ Минздрава

- СССР № 60 19.01.83 МЗ СССР (с изменениями от 5 мая 1999 г.). — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».
109. О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 30.03.06 г. № 223. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/90201496>
 110. О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России № 623 от 24.09.07. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902065404>
 111. О направлении методических рекомендаций «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» [Электронный ресурс] : письмо Минздрава России № 14-1/10/2-568 от 01.02.2013. — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».
 112. О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России № 584 от 04.08.06 г. (зарегистрирован Минюстом России 04.09.06 г. № 8200). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901991833>
 113. Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. №1030. — режим доступа: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/16120.html>
 114. О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР [Электронный ресурс] : приказ Минздрава СССР от 5 октября 1988 г. № 750. — Режим доступа: <http://base.garant.ru/4183859/>
 115. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 г. № 834н. — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963/
 116. Об утверждении форм учетной медицинской документации медицинских организаций [Электронный ресурс] : проект приказа Минздравсоцразвития РФ

от 14.12.2011. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/16120.html>

117. О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России № 84 от 17.01.2005. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901923408>
118. О признании утратившим силу приказа Минздравсоцразвития РФ от 28 апреля 2007 года № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России № 90 от 28.02.14 г. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499080765>
119. О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 224 от 30.03.06 «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России № 266 от 29.04.13. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499020519>
120. О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 50 от 30.03.06 от 10.02.03 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России № 268 от 29.04.13. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499024300>
121. О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 24.09.07 г. № 622. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902069628>
122. О признании утратившими силу приложений № 3-5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 18.05.2012 N 577н. — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».
123. О проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ивановской области [Электронный ресурс] : постановление

- Правительства Ивановской области от 27.03.2012 № 94-п (в ред. постановлений Правительства Ивановской области от 15.10.13 № 405-п, от 28.05.15 № 220-п). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/453117251>
124. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс]: федеральный закон РФ от 30.03.99 г. № 52-ФЗ (в ред. федеральных законов от 30.12.01 № 196-ФЗ, от 10.01.03 № 15-ФЗ). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901729631>
 125. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России № 50 от 10.02.03 г. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901853153>
 126. О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России № 350 от 20.11.2002 (ред. от 17.01.2005). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901834532>
 127. О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России № 462 от 30.12.99. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901756500>
 128. О социальном показании для искусственного прерывания беременности [Электронный ресурс]: постановление Правительства Российской Федерации от 06.02.12 г. № 98. — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».
 129. О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2007 г. № 307. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902048923>
 130. Об оптимизации работы акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов в Ивановской области [Электронный ресурс]: приказ Департамента здравоохранения Ивановской области Минздравсоцразвития России № 37/76-осн от 30.03.2012. URL: <http://dz.ivanovoobl.ru/departamenta/> (дата обращения: 18.09.14)
 131. Об организации деятельности родильного дома (отделения) [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России от 27.03.06 г. № 197. — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».

132. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21.12.11 г № 323-ФЗ (в ред. федеральных законов от 25.06.12 № 89-ФЗ, от 25.06.12 № 93-ФЗ, от 02.07.13 № 167-ФЗ, от 02.07.13 № 185-ФЗ, от 23.07.13 № 205-ФЗ, от 27.09.13 № 253-ФЗ, от 25.11.13 № 317-ФЗ, от 28.12.13 № 386-ФЗ). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902312609>
133. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.10 г. № 541н. — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».
134. Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России от 11.05.07 г. № 325. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902044223>
135. Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России № 224 от 30.03.06. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/90201497>
136. Об утверждении положения по организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России № 543н от 15.05.12. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902355054>
137. Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России № 808н от 02.10.09. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902182541>
138. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России № 572н от 01.11.12 (с изменениями и дополнениями от 11.06.15 г.). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902379345>
139. Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н

- (зарегистрирован в Минюсте России 29.05.12. № 24361). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902342542>
140. Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации № 487 от 29.07.05 г. (зарегистрирован Минюстом России 30.08.05 г. № 6954). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901944961>
 141. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 г. №1006н (зарегистрирован в Минюсте России 1 апреля 2013 г., регистрационный № 27930). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902387264>
 142. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36н (зарегистрирован в Минюсте РФ 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268). — Режим доступа: http://base.garant.ru/70883132/#block_2
 143. Об утверждении программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России № 420 от 28.06.13 г. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499035890>
 144. Об утверждении стандарта медицинской помощи беременным при поражениях плода (предполагаемых) в результате употребления лекарственных средств [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.04.2006 № 264. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977502>
 145. Об утверждении стандарта медицинской помощи беременным с доброкачественными новообразованиями яичника [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.03.2006 № 131. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901973587>
 146. Об утверждении стандарта медицинской помощи беременным с лейомиомой матки [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.03.2006 № 133. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901973597>
 147. Об утверждении стандарта медицинской помощи беременным с многоплодной беременностью [Электронный ресурс] : приказ

- Минздравсоцразвития РФ от 02.03.2006 № 132. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902015028>
148. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с внематочной (эктопической) беременностью [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2006 № 676. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902015017>
 149. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с гипертензией со значительной протеинурией, вызванной беременностью [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.04.2006 № 267. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977261>
 150. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с послеродовым сепсисом [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2006 № 683. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902012125>
 151. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с послеродовым кровотечением [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2006 № 673. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902012117>
 152. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с преждевременной отслойкой плаценты [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2006 № 680. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902012122>
 153. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с разрывом матки до начала родов, разрывом матки во время родов [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2006 № 672. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902015027>
 154. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с эклампсией [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2006 № 682. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902012124>
 155. Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России № 662 от 14.09.06. — Доступ из эл.-справ. системы «Консультант Плюс».
 156. Об утверждении стандарта медицинской помощи женщине с привычным невынашиванием беременности [Электронный ресурс]: приказ

- Минздравсоцразвития РФ от 07.04.2006 № 256. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902015030>
157. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи беременным женщинам при резус-иммунизации [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 867н (зарегистрирован в Минюсте России 15.02.2013 № 27126). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902392062>
 158. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при многоплодной беременности [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1521н (зарегистрирован в Минюсте России 05.03.2013 № 27476). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902397005>
 159. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при привычном невынашивании беременности [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1273н (зарегистрирован в Минюсте России 19.02.2013 № 27206). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499000949>
 160. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при кровотечении из женских половых органов [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1401н (зарегистрирован в Минюсте России 13.03.2013 № 27637). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499000976>
 161. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при самопроизвольных родах [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1433н (зарегистрирован в Минюсте России 25.02.2013 № 27302). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499001082>
 162. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при эклампсии [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1418н (зарегистрирован в Минюсте России 05.03.2013 № 27463). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499001081>
 163. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 600н (зарегистрирован в Минюсте России 04.02.2013 № 26812). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382444>

164. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при кровотечении в послеродовом и послеродовом периоде [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 598н (зарегистрирован в Минюсте России 05.03.2013 № 27501). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381071>
165. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при кровотечении в связи с предлежанием плаценты, требующим медицинской помощи матери [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 597н (зарегистрирован в Минюсте России 25.03.2013 № 27857). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382446>
166. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 596н (зарегистрирован в Минюсте России 26.02.2013 № 27344). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381072>
167. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при рвоте беременных [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 593н (зарегистрирован в Минюсте России 22.05.2013 № 28461). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381057>
168. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременных родах [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 592н (зарегистрирован в Минюсте России 05.03.2013 № 27496). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381105>
169. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нарушениях родовой деятельности [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 591н (зарегистрирован в Минюсте России 20.02.2013 № 27217) — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382445>
170. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 590н (зарегистрирован в Минюсте России 15.05.2013 № 28409). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381064>
171. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности [Электронный ресурс]: приказ

- Минздрава России от 07.11.2012 № 589н (зарегистрирован в Минюсте России 15.03.2013 № 27712). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902381067>
172. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гипоксии плода, недостаточном росте плода, других плацентарных нарушениях [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 588н (зарегистрирован в Минюсте России 31.01.2013 № 26768). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382443>
173. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 06.11.2012 № 584н (зарегистрирован в Минюсте России 05.03.2013 № 27471). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382448>
174. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при родоразрешении посредством кесарева сечения [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 06.11.2012 № 583н (зарегистрирован в Минюсте России 05.03.2013 № 27475). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382453>
175. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в тазовом предлежании [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 06.11.2012 № 581н (зарегистрирован в Минюсте России 06.03.2013 № 27524). — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902382451>
176. Об эффективности акушерско-терапевтичеcко-педиатрических комплексов в профилактике нарушений здоровья матери и ребенка : информ. письмо для акушеров-гинекологов, терапевтов, педиатров, организаторов здравоохранения Ивановской области / сост. Т. П. Васильева [и др.] ; под ред. В. Н. Городкова, А. А. Карнеева. — Иваново : [б. и.], 1986. — 16 с.
177. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде : клин. рекомендации (протокол) / Л. В. Адамян [и др.]. — М., 2014. — 27 с.
178. Омельченко, Н. Н. Перинатальные факторы риска формирования эпилепсии у детей с детским церебральным параличом / Н. Н. Омельченко,

- Е. В. Левитина // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. — 2012. — Т. 57, № 2. — С. 18—22.
179. Онищенко, Г. Г. Роль государственной санитарно-эпидемиологической службы России в защите здоровья населения / Г. Г. Онищенко // Здравоохранение Российской Федерации. — 2013. — № 2. — С. 3—10.
180. Опыт использования фокусных групп в процессе разработки программы профилактики фетального алкогольного синдрома / Т. Н. Балашова, Б. Л. Боннэр, Г. Л. Исурина [и др.] // Вестн. Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. — 2012. — № 3. — С. 26—36.
181. Организационные и функциональные основы комплексного подхода к охране здоровья матери и ребенка в условиях акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса : метод. рекомендации / сост. В. Н. Городков [и др.]. — Иваново : [б. и.], 1987. — 58 с.
182. Организация работы санатория. Менеджмент. Практика / С. А. Балакин [и др.] ; под общ. ред. А. М. Ветитнева. — СПб. : Бонниер Бизнес Пресс, 2013.
183. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (с изменениями на 7 декабря 2011 года) (утратил силу с 01.01.2012 на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=122942>
184. Особенности перинатальных поражений ЦНС у новорожденных в зависимости от течения антенатального периода / Л. В. Ледяйкина [и др.] // Практическая медицина. — 2013. — № 6 (75). — С. 81—83.
185. Особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации, тенденции его изменений / А. А. Баранов [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2012. — № 4. — С. 18—24.
186. Паренкова, И. А. Влияние вредных привычек на репродуктивное здоровье и качество жизни у девочек-подростков с болезнями органов дыхания / И. А. Паренкова, Ю. А. Алексеева, В. Ф. Коколина // Детские инфекции. — 2013. — Т. 12, № 1. — С. 62—66.
187. «Паспорт здоровья студента» — метод формирования культуры здоровья [Электронный ресурс] / С. В. Михайлова, Е. А. Калюжный, Е. Норкина, Ю. Тремаскина // Современные научные исследования и инновации. — 2014. —

- № 4. — Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2014/04/33709> (дата обращения: 20.10.2015).
188. Перцева, В. А. Оценка перинатальных факторов риска у недоношенных с экстремально низкой и очень низкой массой тела / В. А. Перцева, А. С. Петрова, Н. И. Захарова // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. — 2011. — Т. 563. — С. 29—24.
 189. Петросян, К. М. Показатели здоровья беременных женщин / К. М. Петросян // Равные права — равные возможности : тез. междунар. науч. конф. — М., 2009. — С. 43—45.
 190. Петросян, К. М. Характеристика здоровья новорожденных / К. М. Петросян // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов : матер. науч.-практ. конф. — М., 2009. — С. 4—85.
 191. Пикалов, С. М. Медицинская активность как отношение к собственному здоровью / С. М. Пикалов, С. В. Королёв, С. А. Канаков // Современное общество: проблемы, идеи, инновации. — 2014. — Т. 2, № 3. — С. 27—30.
 192. Плаксин, В. А. Исследование вредных привычек у подростков: подходы и перспективы / В. А. Плаксин, В. А. Савиночкина, Н. Ю. Плаксина // II Апрельские чтения памяти профессора М. В. Пиккель (к 100-летию со дня рождения) : сб. науч. тр. межрегион. науч.-практ. и 42-й обл. конференций «Актуальные проблемы охраны материнства и детства» / под ред. В. И. Макаровой. — Архангельск, 2011. — С. 56—59.
 193. Погодина, В. А. Показатели социального развития интеракции врача и пациента по здоровому образу жизни / В. А. Погодина, В. М. Шаропуто // Социология медицины. — 2010. — № 1. — С. 27—29.
 194. Подкаменев, В. В. Факторы риска язвенно-некротического энтероколита у новорожденных / В. В. Подкаменев, Н. В. Протопопова, А. В. Подкаменев // Вопросы диагностики в педиатрии. — 2010. — Т. 2, № 1. — С. 43—48.
 195. Полунина, Н. В. Роль медицинской активности семьи в формировании здоровья детей, страдающих болезнями органов дыхания / Н. В. Полунина, В. В. Полунина, В. Н. Авсаджанишвили // Вестн. Российского государственного медицинского университета. — 2013. — № 1. — С. 70—74.
 196. Польшка, Н. С. Табакокурение подростков в Украине — результаты глобального исследования / Н. С. Польшка, О. В. Добрянская, Е. Н. Юрчук //

- Вопр. школьной университетской медицины и здоровья. — 2013. — № 3. — С. 34.
197. Пономарева, Н. Ю. Организация профилактики врожденной патологии у детей на основе территориальной медицинской информационной системы / Н. Ю. Пономарева, С. А. Лупин, Б. А. Кобринский // Врач и информационные технологии. — 2011. — № 4. — С. 28—36.
198. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники / В. Ю. Альбицкий [и др.] // Вопр. современной педиатрии. — 2013. — Т. 12, № 4. — С. 12—16.
199. Предрасположенность студентов к употреблению психоактивных веществ и их отношение к вредным привычкам / Н. А. Тавинова [и др.] // Медицинская сестра. — 2015. — № 6. — С. 46—49.
200. Профилактические аспекты деятельности участкового терапевта / С. В. Бакутов [и др.] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2013. — Т. 3, № 2. — С. 136. — Режим доступа: <http://medconfer.com/node/2294>
201. Растегаева И.Н. Научное обоснование повышения роли диспансеризации в охране здоровья беременных женщин и родильниц: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2013. — 49 с.
202. Рациональное питание населения — фактор увеличения продолжительности жизни / И. И. Механтьев [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2014. — № 58. — С. 47—52.
203. Региональная модель организации перинатальной помощи / С. В. Цуркан [и др.] // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». — М., 2002. — С. 60—61.
204. Результаты изучения образа жизни и грамотности молодёжи в вопросах здоровья / К. Р. Амлаев [и др.] // Профилактическая медицина. — 2014. — № 3. — С. 40—44.
205. Роль перинатального материнского стресса в формировании психосоматического статуса детей первого года жизни / Е. А. Чернуха [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 1. — С. 9—16.
206. Романова, Т. А. Формирование здоровья детей периода новорожденности в современных условиях / Т. А. Романова, Е. В. Подсвинова // Научные

- ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. — 2011. — № 16 (111). — С. 145–148.
207. Рунова, О. С. Возрастные особенности состояния здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы и организационные формы профилактики его нарушений : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Рунова Ольга Станиславовна. — Иваново, 2010. — 16 с.
208. Рябчикова, Т. В. Формирование здоровья у детей с задержкой внутриутробного развития (диагностика, развитие и профилактика его нарушений) : автореф. дис. ... д-ра мед наук : 14.00.09 / Рябчикова Татьяна Валентиновна. — Иваново, 1996. — 27 с.
209. Савченко, Т. И. Оценка риска здоровью населения от воздействия факторов окружающей среды / Т. И. Савченко // Главный врач. — 2012. — № 6. — С. 45—53.
210. Семейные факторы риска и резистентности в формировании патологии гастродуоденальной зоны у детей / О. З. Гнатейко [и др.] // Перинатология и педиатрия. — 2012. — № 3. — С. 59—62.
211. Силласте, Г. Г. Гендерная социология и российская реальность : монография / Г. Г. Силласте. — М. : Альфа-М, 2012. — 638 с.
212. Симба, М. М. Изучение медико-социальных аспектов образа жизни среди взрослых больных мочекаменной болезнью : автореф. дисс. ... канд-та мед. наук : 14.02.03 / Симба Мигель Мануэла. — Иваново, 2011. — 25 с.
213. Соколова, С. Б. Формирование здорового образа жизни российских школьников / С. Б. Соколова, В. Р. Кучма // Вопросы школьной университетской медицины и здоровья. — 2013. — № 3. — С. 27.
214. Соломонова, Л. В. Здоровое и рациональное питание в современном обществе: проблемы, практика, перспективы развития / Л. В. Соломонова // Вестн. Орловского государственного университета. Серия: Новые гуманитарные исследования. — 2012. — № 8 (28). — С. 251—252.
215. Состояние функционального резерва организма у курящих подростков в зависимости от их физической активности / М. К. Павлова, Т. Б. Хайретдинова, Р. Т. Нугуманова, Э. Р. Аглетдинова // CardioСоматика. — 2011. — № 1. — С. 91—92.

216. Стародубов, В. И. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук-во / В. И. Стародубов, О. П. Щепин. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 619 с.
217. Стасова, Ю. В. Факторы, влияющие на возникновение патологии новорожденных, случаев недоношенности [Электронный ресурс] / Ю. В. Стасова, В. А. Терещенко // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2013. — № 2 : Материалы 74-й студенческой межрегиональной научно-практической конференции «Молодые ученые — здравоохранению». — С. 320. — Режим доступа: <http://medconfer.com/node/2444>
218. Сукало, А. В. Аллергия у новорожденных детей / А. В. Сукало, Г. Ф. Елиневская, В. А. Прилуцкая. — Минск : Беларус. навука, 2013. — 138 с.
219. Суртаев, Б. М. Профилактика вредных привычек — основа здорового образа жизни подрастающего поколения / Б. М. Суртаев, Н. В. Ткачук // Вестн. угроведения. — 2013. — № 1 (12). — С. 167—176.
220. Суханова, Л. П. Родовспоможение в России — состояние, тенденции развития, пути совершенствования / Л. П. Суханова, С. А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. — Т. 14, № 2. — С. 15.
221. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Суханова Людмила Павловна. — М., 2006. — 335 с.
222. Трифонова, Н. Ю. Оценка качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе / Н. Ю. Трифонова, А. Р. Габриелян, К. И. Касапов // Социальные аспекты здоровья населения. — 2013. — Т. 33, № 5. — С. 6—7.
223. Удовика, Н. А. Соблюдение принципа прегравидарной подготовки: что нужно знать врачу и будущим родителям (часть 1) / Н. А. Удовика, В. В. Степура // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2015. — № 3 (15). — С. 8—16.
224. Уйба, В. В. Анализ состояния беременных и рожениц в системе ФМБА России, по данным учреждений Московской области / В. В. Уйба, С. Ф. Торубаров // Клинический опыт Двдцатки. — 2013. — № 4 (20). — С. 71—74.

225. Употребление алкоголя : информационный бюллетень № 349 // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. — 2015. — Январь. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>
226. Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков / С. В. Мальцев [и др.] // Практическая медицина. — 2011. — № 5 (53). — С. 77—78.
227. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. — Режим доступа: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>
228. Фаррахов, А. З. Центры здоровья для детей как приоритетное направление профилактической деятельности педиатрической службы / А. З. Фаррахов, Р. Ф. Шавалиев, М. М. Садыков // Медицинский альманах. — 2013. — № 2 (26). — С. 12—15.
229. Физическая активность и риск смерти от всех причин в популяции Новосибирска / С. Н. Богатырев [и др.] // Профилактическая медицина. — 2014. — Т. 17, № 5. — С. 53—59.
230. Фролова, О.Г. Статистика преэклампсии и эклампсии при современных параметрах учета рождений. / Фролова О.Г., Павлович С.В., Гребенник Т.К. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия 5 Медицина. 2014. № 2. С. 70-74
231. Фролова, О.Г. Пренатальная диагностика – важнейшая задача региональных программ модернизации здравоохранения. / Фролова О.Г., Суханова Л.П., Волгина В.Ф., Гребенник Т.К. // Акушерство и гинекология. 2012. № 5. С. 75-78.
232. Футорный, С. М. Двигательная активность и ее влияние на здоровье и продолжительность жизни человека / С. М. Футорный // Физическое воспитание студентов. — 2011. — № 4. — С. 79—83.
233. Характеристика физкультурно-спортивной активности и физического развития подростков / С. Г. Ахмерова [и др.] // Вестн. Приамурского государственного университета им. Шолом-Алейхема. — 2015. — № 1 (18). — С. 21—28.
234. Цареградская, Ж. В. Ребенок от зачатия до года / Ж. В. Цареградская. — М. : Астрель ; АСТ, 2005. — 282 с.

235. Цуркан, С. В. Медико-социальные аспекты формирования здоровья новорожденного / С. В. Цуркан // Медицинский вестн. Башкортостана. — 2011. — № 3. — С. 24—28.
236. Цуркан, С. В. Прогнозирование здоровья новорожденного: факторный анализ / С. В. Цуркан, О. А. Абрамова // Аспирантский вестн. Поволжья. — 2011. — № 1—2. — С. 60—65.
237. Цуркан, С. В. Факторы риска рождения больного ребенка / С. В. Цуркан // Вопр. практической педиатрии. — 2009. — Т. 4, прил. № 1. — С. 72.
238. Цуркан, С. В. Эффективность системы ранней профилактики перинатальной патологии: состояние здоровья беременных женщин и новорожденных детей / С. В. Цуркан // Аспирантский вестн. Поволжья. — 2010. — № 7—8. — С. 113—117.
239. Цуркан С.В. Клинико-организационное обоснование ранней профилактики перинатальной патологии как компонента улучшения общественного здоровья: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2011. - 46 с.
240. Черкасов, С. Н. Использование компьютерных технологий при ведении беременных в условиях АТПК / С. Н. Черкасов // От АТПК — к врачу общей практики. — Самара, 1997. — С. 183—184.
241. Черкасов, С. Н. Опыт медицинской реабилитации в условиях акушерско-терапевтического-педиатрического участка / С. Н. Черкасов // От АТПК — к врачу общей практики. — Самара, 1997. — С. 184—185.
242. Черкасов, С. Н. Организация мониторинга беременных с экстрагенитальной патологией / С. Н. Черкасов. — Ульяновск, 2001. — 128 с.
243. Черкасов С.Н. Пути оптимизации модели амбулаторного мониторинга беременных женщин в условиях крупного города: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., Казань, 2002. – 44 с.
244. Чернышева, М. Л. Факторы, влияющие на медицинскую активность семей при заболевании детей от 1 года до 14 лет / М. Л. Чернышева // Вестн. Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. — 2015. — Т. 20, № 1. — С. 169—172.
245. Чудинова, И. Э. К вопросу о медицинской активности пациентов ведомственной поликлиники / И. Э. Чудинова, Д. В. Голикова, З. Х. Агамов // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2011. — № 3. — С. 14—17.

246. Чумаков, Б. Н. Валеология : учеб. пособие / Б. Н. Чумаков. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Педагогическое общество России, 2000. — 407 с.
247. Чумакова, О. В. Основные направления организации первичной медико-санитарной помощи детям / О. В. Чумакова, С. Р. Конова // *Вопр. современной педиатрии*. — 2006. — № 3. — С. 10—12.
248. Шухатович, В. Р. Здоровье населения: проблемы и пути решения / В. Р. Шухатович // *Социология: научно-теоретический журнал*. — 2011. — № 2. — С. 138—140.
249. Шемаринов Г.А. Анализ социально-гигиенических факторов и ресурсного обеспечения службы родовспоможения и их роль в укреплении здоровья женщин репродуктивного возраста: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2005. — 263 с.
250. Щербакова, Е. М. Российский демографический барометр. Демографические итоги I полугодия 2012 года (часть II) / Е. М. Щербакова // *Демоскоп Weekly*. — 2012. — № 523—524.
251. Эндотелиальная функция в период ранней постнатальной адаптации доношенных новорожденных детей / И. Г. Попова [и др.] // *Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского*. — 2013. — Т. 92, № 2. — С. 16—21.
252. Яковлева, Т. В. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России / Т. В. Яковлева, А. А. Баранов // *Вопр. современной педиатрии*. — 2011. — Т. 10, № 2. — С. 7—11.
253. Barria, R. M. Factors associated with exclusive breastfeeding at 3 months postpartum in Valdivia, Chile / R. M. Barria, G. Santander, T. Victoriano // *Hum. Lact.* — 2008. — Vol. 24. — P. 439—445.
254. Bramlett, M. D. Family structure and children's physical and mental health / M. D. Bramlett, S. J. Blumberg // *Health Affairs*. — 2007. — Vol. 26, № 2. — P. 549—558.
255. Chaves, R. G. Factors associated with duration of breastfeeding / R. G. Chaves, J. A. Lamounier, C. C. Cesar // *Pediatr.* — 2007. — Vol. 83. — P. 241—246.
256. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies / L. Hooper [et al.] // *British Medical J.* — 2012. — Vol. 345. — P. 1—15.
257. Elucidating early mechanisms of developmental psychopathology: The case of prenatal smoking and disruptive behavior / L. S. Wakschlag [et al.] // *Child Development*. — 2006. — Vol. 77, № 4. — P. 893—906.

258. Endothelial dysfunction and preeclampsia: role of oxidative stress / L. C. Sanchez-Aranguren, C. E. Prada, C. E. Riano-Medina, M. Lopez // *Front Physiol.* — 2014. — Vol. 10(5). — P. 372.
259. Endothelial dysfunction related to oxidative stress and inflammation in perivascular adipose tissue / M. Filip [et al.] // *Postepy Biochem.* — 2012. — Vol. 58(2). — P. 186—194.
260. Falba, T. A. Spousal concordance in health behavior change / T. A. Falba, J. L. Sindelar // *Health Serv. Res.* — 2008. — Vol. 43. — P. 96—116.
261. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. — Rome : Food and Agricultural Organization of the United Nations, 2010.
262. Fildinq, J. E. Smoking and women: Tragedy of the majority / J. E. Fildinq // *New Engl. J. Med.* — 2006. — Vol. 317. — P. 1343—1345.
263. Gilbert, W. M. Pregnancy outcomes in women with chronic hypertension: a population-based study / W. M. Gilbert, A. L. Young, B. Danielsen // *J. Reprod. Med.* — 2007. — Vol. 5, № 2. — P. 1046—1051.
264. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes / D. Mozaffarian [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2014. — Vol. 371. — P. 624—634.
265. Guideline: Potassium intake for adults and children. — Geneva : World Health Organization, 2012.
266. Guideline: Sodium intake for adults and children. — Geneva : World Health Organization, 2012.
267. Hartmann, M. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis / M. Hartmann, E. Bazner, B. Wild // *Psychother. Psychosom.* — 2010. — Vol. 79. — P. 136—148.
268. Homish, G. Spousal influence on smoking behaviors in a US community sample of newly married couples / G. Homish, K. Leonard // *Social Science and Medicine.* — 2005. — Vol. 61. — P. 2557—2567.
269. Hutton, G. The effect of maternal-newborn ill-health on households: economic vulnerability and social implications [Electronic resource] / G. Hutton // WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. — Geneva, 2006. — 32 p. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43515/1/9241594489_eng.pdf
270. Importance of bile acids for intrahepatic cholestasis of pregnancy / N. Favre [et al.] // *Gynecol. Obstet. Fertil.* — 2010. — Vol. 38(4). — P. 293—295.

271. Is Prenatal Smoking Associated With a Developmental Pattern of Conduct Problems in Young Boys? / L. Wakschlag [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 45, № 4. — P. 461—467.
272. Larsson, S. C. Meat consumption and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies / S. C. Larsson, A. Wolk // *International J. of Cancer*. — 2006. — Vol. 119(11). — P. 2657—2664.
273. Laws, P. J. Smoking and pregnancy / P. J. Laws, N. Grayson, E. A. Sullivan. — Sydney : AIHW National Perinatal Statistics Unit, 2006.
274. Leifman, H. Alcohol in Post-War Europe: a Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol Related Harm. European Comparative Alcohol Study (ECAS) : Final Report / H. Leifman, E. Ostergerg. — Stockholm, 2007. — P. 30.
275. Lenfant, C. Clinical management guidelines: status and issues / C. Lenfant // *Curr. Atheroscler.* — 2005. — Vol. 7, № 3. — P. 171—172.
276. Mackillop, L. Liver disease in pregnancy / L. Mackillop, C. Williamson // *Postgrad. Med. J.* — 2010. — Vol. 86 (1013). — P. 160—164.
277. Magee, L. A. Review: drugs for mild to moderate hypertension in pregnancy reduce the risk of severe hypertension but not pre-eclampsia / L. A. Magee // *Evid. Based Med.* — 2007. — № 12. — P. 116.
278. Moderation of breastfeeding effects on the IQ by genetic variation of fatty acids metabolism / A. Caspi [et al.] // *Proc. Nat. Acad. Sci. USA*. — 2006. — Vol. 104. — P. 18860—18865.
279. Moynihan, P. J. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines / P. J. Moynihan, S. A. Kelly // *J. Dent. Res.* — 2014. — Vol. 93. — P. 8—18.
280. Neonatal outcome in obstetric cholestasis at Ayub Teaching Hospital Abbottabad / R. Sultana [et al.] // *J. Ayub Med. Coll. Abbottabad*. — 2009. — Vol. 21(4). — P. 76—78.
281. Obstetrical and fetal outcomes of a new management strategy in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy / Al Shobaili [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2011 — Vol. 283(6). — P. 1219—1225. — doi: 10.1007/s00404-010-1506-1.
282. Parental separation and children's behavioral / Emotional problems: The Impact of parental representations and family conflict / S. Stadelmann [et al.] // *Family Process*. — 2010. — Vol. 49, № 1. — P. 92—108.

283. Parental smoking behaviour and effects of tobacco smoke on children's health in Finland and Russia / T. T. Hugg [et al.] // *Eur. J. of Public Health*. — 2008. — Vol. 18. — P. 55—62.
284. Paternal identity, maternal gatekeeping, and father involvement / B. McBride [et al.] // *Family Relations*. — 2005. — Vol. 54. — P. 360—372.
285. Pathak, B. Cholestasis of pregnancy / B. Pathak, L. Sheibani, R. Lee // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* — 2010. — Vol. 37(2). — P. 269—282.
286. Patterson, A. J. Hypoxia and fetal heart development / A. J. Patterson, L. Zhang // *Current Molecular Medicine*. — 2010. — Vol. 10 (7). — P. 653—666.
287. Perriot, J. Maternal and paternal smoking: risk excess to tobacco smoking in pregnant women / J. Perriot // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* — 2005. — Vol. 34, № 1. — P. 95—100.
288. Prediction of preeclampsia or intrauterine growth restriction by second trimester serum screening and uterine Doppler velocimetry / F. Audibert [et al.] // *Fetal Diagn Ther.* — 2005. — Vol. 20 (1). — P. 48—53.
289. Prevalence of smoking cessation during pregnancy according to trimester / G. Grange [et al.] // *Gynecol. Obstet. Fertil.* — 2006. — Vol. 34. — P. 1126—1130.
290. Receptivity to tobacco advertising and promotions among young adolescents as a predictor of established smoking in young adulthood / E. Gilpin [et al.] // *American J. of Public Health*. — 2006. — Vol. 97(8). — P. 1489—95.
291. Remote hemodynamics and renal function in formerly preeclamptic women / J. J. Spaan [et al.] // *Obstet Gynecol.* — 2009. — Vol. 113(4). — P. 853—859.
292. Sataieva, T. P. Neonatal myocardium survival in terms of chronic hemic hypoxia / T. P. Sataieva, I. V. Zadnipyryany // *In the World of Scientific Discoveries*. — 2014. — Vol. 10(58). — P. 281—290.
293. Seely, E. W. Chronic Hypertension in Pregnancy / E. W. Seely, C. Maxwell // *Circulation*. — 2007. — Vol. 115. — P. 180—190.
294. Smoking pattern during pregnancy in Hong Kong Chinese / G. W Kong [et al.] // *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. — 2008. — Vol. 48. — P. 280—285.
295. Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia / A. M. Grjibovski [et al.] // *Acta Paediatrica*. — 2005. — Vol. 94. — P. 588—594.

296. Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers / K. E. Heck [et al.] // *Public Health Rep.* — 2006. — Vol. 121. — P. 51—59.
297. Spousal concordance for major coronary risk factors: a systematic review and meta-analysis / D. A. Castelnovo [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* — 2009. — Vol. 169 (1). — P. 1—8.
298. Steyn, D. W. Diurnal blood pressure variation in the evaluation of early onset severe preeclampsia / D. W. Steyn, H. J. Odendaal, D. R. Hall // *Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol.* — 2008. — Vol. 138(2). — P. 141—146.
299. Systemic inflammatory indices in preeclampsia and eclampsia / R. S. Bowen, J. Moodley, M. F. Dutton, H. Fickl // *J. Obstet Gynaecol.* — 2007. — Vol. 21(6). — P. 563—569.
300. Te Morenga, L. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies [Electronic resource] / L. Te Morenga, S. Mallard, J. Mann // *British Medical Journal.* — 2012. — 346:e7492. — doi: 10.1136/bmj.e7492 (access date 10.05.2016).
301. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK / K. Pirie [et al.] // *The Lancet.* — 2005. — Vol. 12, Jan. — P. 133—141.
302. Wakschlag, L. A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children / L. Wakschlag [et al.] // *J. Child. Psych. Psych. Allied Disciplines.* — 2007. — Vol. 48. — P. 976—987.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ТЕСТ-КАРТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ИНФОРМИРОВАННОСТИ, И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ИНФОРМАЦИЕЙ, ПОЛУЧАЕМОЙ ОТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Дорогие женщины! Мы просим Вас принять участие в анкетировании, которое позволит нам существенно улучшить профилактическую работу с Вами в различных ЛПУ, а значит, и сохранить здоровье Ваших будущих детей. Анкетирование является ПОЛНОСТЬЮ АНОНИМНЫМ, и Ваши личные данные нигде не будут использованы. Пожалуйста, максимально точно ответьте на вопросы, а выбранные ответы обведите кружком. Заранее Вам благодарны!

БЛОК 1. ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННОЙ

- | | | | |
|----|---------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------|
| 1 | Как Вы можете охарактеризовать свой образа жизни: | 6) | Так нервничаю, что начинаю заболевать |
| 1) | Здоровый образ жизни | 12) | Ваши отношения с мужем обычно: |
| 2) | Не здоровый образ жизни | 1) | Нет мужа |
| 3) | Затрудняюсь дать ответ | 2) | Дружные |
| 2 | Посещаете ли Вы работу при заболевании: | 3) | Напряженные |
| 1) | Да | 4) | Конфликтные |
| 2) | Нет | 13) | Ваши взаимоотношения с родителями: |
| 3 | Часто ли Вы обращаетесь в больницу: | 1) | Нет родителей |
| 1) | Да (профилактика болезней) | 2) | Дружные |
| 2) | Иногда (заболевание) | 3) | Напряженные |
| 3) | Редко (операции, роды) | 4) | Конфликтные |
| 4) | Никогда (сама лечусь) | 14) | Ваши взаимоотношения с Вашими детьми: |
| 4 | Имеются ли у Вас проф.вредности? | 1) | Нет детей |
| 1) | Да | 2) | Дружные |
| 2) | Нет | 3) | Напряженные |
| 5 | Были ли у Вас вредные привычки до беременности: | 4) | Конфликтные |
| 1) | Нет | 15) | Часто ли Вы нервничаете, беспокоитесь: |
| 2) | Да, курение | 1) | Да, часто |
| 3) | Да, употребление алкоголя | 2) | Да, редко |
| 4) | Да, наркотики | 3) | Нет, никогда |
| 6 | Если да то, сколько сигарет в день Вы выкуривали: | 16) | Как Вы обычно выходите из стресса: |
| 1) | До 10 сигарет | 1) | Беседую с друзьями и близкими |
| 2) | 1 пачку в день | 2) | Пью успокоительные средства |
| 3) | Более 1 пачки в день | 3) | Занимаюсь домашними делами |
| 7 | Если да то, Вы употребляли алкоголь: | 4) | Ложусь спать |
| 1) | До 2 раза в месяц | 5) | Принимаю ванну, душ |
| 2) | 1 раз в неделю | 6) | Усиленно кушаю |
| 3) | Чаше 1 раза в неделю | 7) | Использую специальные методики |
| 8 | Есть ли у вас вредные привычки сейчас: | 8) | Алкоголь мне помогает снять стресс |
| 1) | Нет | 9) | 1 выкуренная сигарета меня успокаивает |
| 2) | Да, курю | 10) | Иду гулять на улицу |
| 3) | Да, выпиваю иногда | 17) | Вы соблюдаете принципы рационального питания: |
| 4) | Да, наркотики | 1) | Да, потому что хочу быть здоровой |
| 9 | Если да то, Вы употребляете алкоголь: | 2) | Нет, я о них мало знаю |
| 1) | До 2 раз в месяц | 18) | Вы соблюдаете режим питания? |
| 2) | 1 раз в неделю | 1) | Да, потому что хочу быть здоровой |
| 3) | Чаше 1 раза в неделю | 2) | Нет, я об этом мало знаю |
| 10 | Если да то, Вы выкуриваете в день: | 19) | Сколько раз в день Вы питаетесь: |
| 1) | До 10 сигарет | 1) | 1-2 раза |
| 2) | 1 пачку в день | 2) | 2-3 раза |
| 3) | Более 1 пачки в день | 3) | 3-4 раза |
| 11 | Как Вы реагируете на стресс: | 4) | 5 раз и более |
| 1) | Спокойно, мое здоровье мне дороже | 20) | Ваш обычный завтрак: |
| 2) | Расстраиваюсь, огорчаюсь, плачу | 1) | Не завтракаете |
| 3) | Глубоко переживаю, паникую | 2) | Легкий |
| 4) | Глубоко переживаю, замыкаюсь в себе | 3) | Плотный и калорийный |
| 5) | Раздражаюсь, проявляю агрессию | 21) | Ваш обычный обед: |
| | | 1) | Не обедаете |
| | | 2) | Легкий |
| | | 3) | Плотный и калорийный |

- 22 Ваш обычный ужин:
- 1) Не ужинаете
 - 2) Легкий
 - 3) Плотный и калорийный
- 23 Вы употребляете горячую пищу:
- 1) Ни разу за день
 - 2) Один раз в день
 - 3) Два-три раза в день
 - 4) Чаще трех раз в день
- 24 Вы считаете свое питание полноценным:
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Не знаю как оценить
- 25 Вы употребляете мясо:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 27 Вы употребляете молоко:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 28 Вы употребляете творог:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 29 Вы употребляете яйца:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 30 Вы употребляете фрукты:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 31 Вы употребляете овощи:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 32 Вы употребляете сладости, конд.изд?:
- 1) Нет
 - 2) 1-2 раза в неделю
 - 3) 3-4 раза в неделю
 - 4) Каждый день
- 33 Как вы относитесь к физкультуре:
- 1) Это необходимо для здоровья
 - 2) Полезно, но нет времени
 - 3) Здоровья нет - физкультура не поможет
- 34 Вы достаточно активны в течение дня?
- 1) Да
 - 2) Нет
- 35 Вы занимаетесь физкультурой (зарядка и т.д.)
- 1) Да
 - 2) Иногда
 - 3) Нет
- 36 Если нет, то по какой причине:
- 1) Нет времени
 - 2) Нет желания
 - 3) Не умею
 - 4) Не считаю нужным
 - 5) При беременности нельзя
- 37 Вы соблюдаете режим труда и отдыха?
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Мало знаю о режиме труда и отдыха
- 38 Вы предпочитаете отдых:
- 1) Пассивный (книги, просмотр телевизора, т.д.)
 - 2) Активный (прогулки, туризм, плавание)
- 39 Вы часто бываете на воздухе:
- 1) Редко
 - 2) Менее 2 часов в день
 - 3) До 3-4 часа
 - 4) Более 4 часов
- 40 Достаточно ли Вы спите:
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Я не знаю сколько нужно спать
- 41 В среднем Вы спите ... часов в сутки:
- 1) До 7 часов
 - 2) 7-9 часов
 - 3) Более 9 часов
- 42 Каков характер Вашего сна:
- 1) Крепкий, спокойный
 - 2) Поверхностный, часто просыпаюсь
- 43 Не высыпаетесь потому, что:
- 1) Поздно ложитесь и рано встаете;
 - 2) Испытываю стресс, переживаю;
 - 3) Долго смотрю телевизор, читаю книги;
 - 4) Долго работаю за компьютером.
- БЛОК 2. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ О ВЛИЯНИИ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ**
- 1 Здоровье Вашего будущего ребенка зависит от Вас?
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Не знаю
- 2 Оцените уровень своего здоровья:
- 1) Хорошее
 - 2) Удовлетворительное
 - 3) Плохое
- 3 Какой фактор особенно негативно влияет на Ваше здоровье (выбрать один):
- 1) Материальные трудности
 - 2) Экология
 - 3) Не информированность по вопросам здоровья
 - 4) Психоэмоциональные нагрузки
 - 5) Профессиональные вредности
 - 6) Наследственность
 - 7) Не знаю
- 4 Что мешает Вам вести ЗОЖ:
- 1) Дефицит времени;
 - 2) Отсутствие мотивации;
 - 3) Материальные трудности;
 - 4) Дефицит информации о принципах ЗОЖ;
 - 5) Не знаю
- 5 Что поможет Вам улучшить образ жизни:
- 1) Резкое ухудшение Вашего здоровья;
 - 2) Тревога за здоровье будущего ребенка;
 - 3) Осуждение родителей, друзей;
 - 4) Изменение материального положения;
 - 5) Доступная и достоверная информация о ЗОЖ, обучение принципам ведения ЗОЖ;
 - 6) Только мое желание быть здоровым
- 6 Чтобы не болеть, Вам нужна информация о сохранении и укреплении здоровья?
- 1) Да

- 2) Нет
- 7 Где Вы берете информацию о ЗОЖ:
- 1) ТВ, радио, интернет, газеты
 - 2) Специализированная литература
 - 3) Медицинские работники
- 8 Какие факторы негативно влияют на здоровье ребенка во время беременности:
- 1) Режим дня и рациональное питание
 - 2) Дородовое общение с плодом
 - 3) Нарушение режима труда и отдыха
 - 4) Стрессы, эмоциональные нагрузки;
 - 5) Применение лекарственных веществ;
 - 6) Контакт с домашними животными;
 - 7) Вредные привычки;
 - 8) Незнаю
- 9 Какие факторы позитивно воздействуют на здоровье ребенка во время беременности
- 1) Режим дня и рациональное питание
 - 2) Дородовое общение с плодом
 - 3) Нарушение режима труда и отдыха
 - 4) Стрессы, эмоциональные нагрузки;
 - 5) Применение лекарственных веществ;
 - 6) Контакт с домашними животными;
 - 7) Вредные привычки;
 - 8) Незнаю
- 10 Какие изменения в Вашем организме связаны с ростом и развитием ребенка:
- 1) Изменение вкусовых потребностей в пище, тошнота, рвота
 - 2) Отеки, головная боль, повышение АД
 - 3) Боли внизу живота, боли в пояснице
 - 4) Запоры, повышенное газообразование
 - 5) Незнаю
- 11 Что Вы знаете о причинах этих изменений:
- 1) Необходимо чтоб мой организм приспособился к организму ребенка
 - 2) Необходимо чтоб организм ребенка приспособился к моему организму
 - 3) Необходимо для подготовки наших (моего и ребенка) организмов к родам
 - 4) Незнаю зачем, но все происходящие изменения – это нормально
- 12 К чему приводит несбалансированное питание беременной:
- 1) К ранним и поздним гестозам беременности
 - 2) К недостаточной массе тела ребенка
 - 3) К задержке роста и развития ребенка
 - 4) К остеопорозу у матери
 - 5) К кислородному голоданию плода
 - 6) К тяжелому течению родов
 - 7) Незнаю
- 13 Нужные элементы в пище беременной:
- 1) Белки и жиры
 - 2) Кальций и фосфор
 - 3) Минералы и витамины
 - 4) Углеводы
 - 5) Незнаю
- 14 Избыток питательных веществ в рационе беременной женщины приводит к:
- 1) Изменению обмена веществ у ребенка
 - 2) Нарушению гармоничного развития всех органов и систем ребенка
 - 3) К улучшению пит. свойств грудного молока
 - 4) Рождению крупного ребенка
 - 5) Незнаю
- 15 Недостаток питательных веществ в рационе беременной женщины приводит к:
- 1) Дефицит аминокислот, витаминов, минеральных веществ у ребенка
 - 2) Нарушение обменных процессов у него
 - 3) Выкидыши, нарушение развития плода, рождение ребенка с малой массой тела
 - 4) Развитие склонности детей к заболеваниям, отставание в развитии
 - 5) Аномалии, уродства плода
 - 6) Незнаю
- 16 Запрещенные продукты для беременной:
- 1) Чипсы, орешки, консервы, гамбургеры
 - 2) Клубника, апельсины, шоколад
 - 3) Жирное, копченое, острое
 - 4) Картофель, свекла, морковь, капуста
 - 5) Затрудняюсь ответить
- 17 Физические упражнения во время беременности:
- 1) Увеличивают мышечную силу и тонус
 - 2) Улучшают циркуляцию крови
 - 3) Уменьшают усталость, придают энергию
 - 4) Снижают вес
 - 5) Облегчение от запоров
 - 6) Затрудняюсь ответить
- 18 Какие последствия для здоровья плода имеет испытываемая Вами эмоциональная нагрузка?
- 1) Заболевания сердца, сосудов, желудка
 - 2) Дефицит кислорода, повышенная двигательная активность
 - 3) Замедление роста и развития
 - 4) Чувство эмоционального сиротства
 - 5) Угроза выкидыша, преждевременные роды
 - 6) Незнаю
- 19 Известные Вам источники эмоциональных нагрузок:
- 1) Беспокойство о здоровье будущего ребенка
 - 2) Страх перед болью в родах
 - 3) Ссоры в семье
 - 4) Эмоционально негативные фильмы
 - 5) Страх с трудностями, связанными с уходом и воспитанием ребенка в последующем
 - 6) Незнаю
- 20 Что помогает бороться с эмоциональными нагрузками:
- 1) Адекватное отношение к ним
 - 2) Правильный режим труда и отдыха
 - 3) Правильные продукты питания
 - 4) Физические упражнения
 - 5) Навыки разрядки негативных эмоций
 - 6) Использование цвета, музыки, ароматов
 - 7) Юмор, развлечения
 - 8) Рисование, чтение
 - 9) Затрудняюсь ответить
- 21 Знаете ли Вы на чем основывается дородовая педагогика:
- 1) Каждый ребенок до рождения обладает большими способностями
 - 2) Голос мамы является ведущим фактором, оптимизирующим рост и развитие ребенка
 - 3) Здоровье и поведение родителей во время беременности закладывают основу формирования здоровья и поведения ребенка после рождения
 - 4) Затрудняюсь ответить
- 22 Известные Вам приемы дородового общения с будущим ребенком:

- 1) Музыкальный;
 - 2) Тактильный;
 - 3) Интеллектуальный;
 - 4) Визуальный;
 - 23 Какие трудности помогает преодолеть дородовое общение:
 - 1) Помогает договориться с ребенком, чтобы он перевернулся в животике и т.п.
 - 2) Помогает настроиться на материнство
 - 3) Важно для развития личности ребенка, формирования и сохранения его здоровья
 - 4) Незнаю
 - 24 Что Вы знаете о грудном вскармливании:
 - 1) Полезно ребенку, но портит форму груди;
 - 2) Психологическое и физиологическое взаимодействие матери и ребенка;
 - 3) Защита ребенка от многих болезней;
 - 4) Бесплатное питание для ребенка;
 - 5) Предупреждение следующей беременности;
 - 6) Один из способов восстановить фигуру;
 - 7) Все перечисленное
 - 8) Незнаю
 - 25 От чего зависит количество грудного молока:
 - 1) От того сколько мама кушает
 - 2) От выработки гормона пролактин
 - 3) От объема груди
 - 4) От количества употребляемого мамой молока
 - 5) От эмоционального состояния мамы
 - 6) Незнаю
 - 26 Знаете ли Вы как правильно кормить малыша грудью:
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Незнаю
 - 27 Как ухаживать за малышом первое время дома:
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Незнаю
 - 28 Выберите из перечисленных ответов те, по которым Вы, по вашему мнению, обладаете достаточными знаниями:
 - 1) Рациональное питание беременной женщины
 - 2) Режим дня, труда и отдыха беременной
 - 3) Методы закаливания
 - 4) Дыхательная гимнастика
 - 5) Профилактика простудных заболеваний
 - 6) Способы снятия эмоционального напряжения
 - 7) Способы мышечного расслабления
 - 8) Способы улучшения умственной деятельности
- БЛОК 3. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ
ИНФОРМАЦИЕЙ, ПОЛУЧАЕМОЙ ОТ
СПЕЦИАЛИСТОВ**
- 1 Какая информация вас более интересует:
 - 1) О борьбе со стрессами
 - 2) О рациональном питании
 - 3) О физической активности
 - 4) О борьбе с вредными привычками
 - 5) О грамотном приеме медикаментов
 - 6) Не интересуется, я знаю достаточно
 - 2 Информацию по вопросам здоровья вы берете в основном:
 - 1) У медицинских работников
 - 2) На сайтах и форумах для беременных
 - 3) В Журналах для беременных
 - 4) На консультации в частных клиниках
 - 5) ТВ, реклама, передачи о здоровье
 - 3 Как вы оцениваете работу медицинских работников по укреплению Вашего здоровья и здоровья Вашего будущего ребенка:
 - 1) Хорошо
 - 2) Недостаточно хорошо
 - 3) Затрудняюсь ответить
 - 4) Как Вы оцениваете взаимодействие с Вашим акушером-гинекологом:
 - 1) Достаточное
 - 2) Недостаточное
 - 5 Получаете ли Вы рекомендации от Вашего акушера-гинеколога по вопросам сохранения и благоприятного течения беременности, подготовки к успешным родам
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 6 Вы считаете, эти рекомендации достаточно полными:
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 7 Как Вы оцениваете взаимодействие с Вашим терапевтом:
 - 1) Достаточное
 - 2) Недостаточное
 - 8 Получаете ли Вы рекомендации от Вашего терапевта по вопросам сохранения Вашего здоровья
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 9 Вы считаете, эти рекомендации достаточно полными:
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 10 Как Вы оцениваете взаимодействие с педиатром Вашего будущего ребенка:
 - 1) Достаточное
 - 2) Недостаточное
 - 11 Получаете ли Вы рекомендации от педиатра детской поликлиники по вопросам охраны здоровья Вашего будущего ребенка
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 12 Вы считаете, эти рекомендации достаточно полными:
 - 1) Да
 - 2) Нет
 - 13 Рекомендации, каких специалистов Вам не понятны:
 - 1) акушер-гинеколог
 - 2) терапевт
 - 3) педиатр
 - 14 Какие мероприятия необходимы для укрепления здоровья беременных и их будущих детей
 - 1) Обучение беременных в женской консультации, взрослой и детской поликлинике
 - 2) Занятия по формированию и укреплению здоровья будущих детей
 - 3) Ничего менять не надо
 - 15 Вы бы хотели получать памятки по охране здоровья:
 - 1) Да
 - 2) Нет

Возраст ___ лет Срок гестации ___ недель Спасибо за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ТЕСТ-КАРТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВНУТРИВЕДОМСТВЕННЫМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Глубокоуважаемые коллеги! В связи с проведением научного исследования в сфере антенатальной охраны здоровья детей, которая является приоритетным направлением здравоохранения, мы просим Вас принять участие в проведении АНОНИМНОГО анкетирования. При заполнении анкеты необходимо обвести кружком номер выбранного ответа. Заранее благодарны!

1. Укажите источники информации, используемые вами для пополнения своих знаний по вопросам формирования, укрепления и сохранения здоровья:

- а) Специализированная литература: медицинские журналы, материалы конгрессов, съездов, тезисы медицинских конференций
- б) СМИ, Интернет: оздоровительные TV-программы, медицинские порталы
- в) Медицинские представители различных фармацевтических фирм
- г) Циклы ТУ, СУ (дополнительное профессиональное образование)
- д) Законодательные источники: ФЗ, приказы, информационные письма и методические рекомендации для медицинских работников

2. Как вы оцениваете уровень своих знаний в вопросах формирования, укрепления и сохранения здоровья:

- а) Достаточный
- б) Недостаточный

3. Укажите фактор, вносящий наиболее значительный вклад в здоровье будущего ребенка:

- а) Образ жизни беременной
- б) Наследственность родителей
- в) Экология окружающего мира
- г) Действия мед. работников

4. Как вы можете оценить приверженность ваших пациенток к ведению здорового образа жизни:

- а) Все мои пациентки ведут здоровый образ жизни
- б) 75% моих пациенток ведут здоровый образ жизни
- в) 50% моих пациенток ведут нездоровый образ жизни
- г) 25% моих пациенток ведут здоровый образ жизни
- д) Невозможно оценить их образ жизни
- е) Все мои пациентки ведут не здоровый образ жизни

5. Укажите наиболее значимую причину не соблюдения вашими пациентками принципов здорового образа жизни:

- а) Материальные затруднения
- б) Дефицит свободного времени
- в) Плохие экологические условия
- г) Профессиональные вредности на работе
- д) Психологический дискомфорт в семье
- е) Низкая информированность о факторах риска нарушений здоровья

6. Какие нарушения в образе жизни наиболее часто Вы отмечаете у своих пациенток?

- а) Наличие профессиональные вредности
- б) Нарушения режима и рациона питания
- в) Недостаточная физическая активность
- г) Частые стрессовые ситуации

- д) Вредные привычки (алкоголь, табакокурение, наркотики)
е) Нарушения режима труда и отдыха
7. **Хватает ли вам рабочего времени на полноценную консультацию беременных с выдачей подобных рекомендаций женщинам?**
а) Да, в большинстве случаев
б) Нет, время приема ограничено
8. **Рекомендуете ли вы им посещение «школ для беременных»:**
а) Да, для этого они и созданы
б) Нет, достаточно рекомендаций, выдаваемых участковыми специалистами, акушерами
9. **Какими, на ваш взгляд, должны быть рекомендации для беременных?**
а) Полными с точки зрения укрепления и сохранения их здоровья
б) Дифференцированными, относительно состояния их здоровья
в) Индивидуальными, учитывающими особенности их образа жизни
г) Своевременными и подробными, с позиции факторов, влияющих на рост и развитие будущего ребенка на антенатальном этапе
д) Систематизированными и доступными для их понимания
10. **Какие рекомендации вы даете беременным за время приема?**
а) О борьбе со стрессами
б) О рациональном питании
в) О физической активности
г) О борьбе с вредными привычками
д) О грамотном приеме медикаментов
е) О грудном вскармливании
ж) О профилактике простудных заболеваний
11. **Как вы оцениваете внутриведомственное взаимодействие (обмен информацией) с другими специалистами?**
а) Достаточное
б) Недостаточное
12. **Укажите документацию, позволяющую обмениваться информацией с другими специалистами, осуществляющими профилактическое консультирование беременных:**
а) Амбулаторная карта беременной
б) Обменная карта беременной
в) Листы первого, второго, третьего родового патронажа беременной
г) Ведомость врачебной комиссии
д) Сигнальная ведомость о постановке беременной женщины на учет в женскую консультацию, взрослую поликлинику
13. **По каким вопросам вы получаете информацию от других специалистов**
а) Течение беременности
б) Мероприятия по антенатальной охране здоровья плода
в) Состояние здоровья матери
г) Готовность женщины к родам
д) Не получаю информации
14. **Получаемая от других специалистов информация достаточно полная для эффективной реализации консультативно-профилактической работы с беременными, относительно антенатальной охраны здоровья будущего ребенка:**
а) Да
б) Нет

Ваша специальность _____

Ваша должность _____

Благодарим за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ЛИСТОК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. беременной _____ Дата взятия на диспансерный учет по беременности: «__» _____ 20__ года.
 Акушер-гинеколог (Ф.И.О) _____ ЛПУ _____ участок № _____ подпись/_____
 Врач-педиатр (Ф.И.О) _____ ЛПУ _____ участок № _____ подпись/_____
 Врач-терапевт (Ф.И.О) _____ ЛПУ _____ участок № _____ подпись/_____

ИНФОРМАЦИЯ*	РЕКОМЕНДАЦИИ ** ВЫДАНЫ											
	Акушером-гинекологом				Врачом-педиатром				Врачом-терапевтом			
	№	Дата***	ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТКИ		№	Дата***	ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТКИ		№	Дата***	ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТКИ	
			Устные	Памятки			Устные	Памятки			Устные	Памятки
ДОРОДОВЫЙ БЛОК (с момента постановки на учет до 14 нед. беременности)	Д-А 1				Д-П 1				Д-Т 1			
	Д-А 2				Д-П 2				Д-Т 2			
	Д-А 3				Д-П 3				Д-Т 3			
	Д-А 4				Д-П 4				Д-Т 4			
	Д-А 5				Д-П 5				Д-Т 5			
РОДОВЫЙ БЛОК (с 15 нед. беременности до 31 недели)	Р-А 6											
	Р-А 7											
	Р-А 8											
	Р-А 9											
	Р-А 10											
ПОСЛЕРОДОВЫЙ БЛОК (с 32 нед. беременности до родов)	П-А 11				П-П 6							
	П-А 12				П-П 7							
	П-А 13				П-П 8							
	П-А 14				П-П 9							
	П-А 15				П-П 10							

Примечание:

* в графе «Информация» указаны темы рекомендаций, которые должна получить беременная на каждом из этапов ее информационного сопровождения. Рекомендации имеют обозначение (см. «Тематика рекомендаций...») и не должны дублироваться другими специалистами.

** рекомендации, в том числе в виде памяток, выдаются специалистами в соответствии со специальностью, квалификационной характеристикой с учетом социально-биологического, генеалогического, акушерского анамнеза и срока гестации.

*** в графе «Дата» специалист ставит дату выдачи только тех устных рекомендаций, которые обозначены в графе «№» с подписью пациента в их получении. В случае получения рекомендаций в виде памяток пациент также ставит подпись в графе «Памятки».

Например, если акушер-гинеколог дает женщине устные рекомендации о внутриутробном развитии плода по неделям, его реакции на внешние раздражители, роли плаценты и амниотических вод в его жизнеобеспечении, а также особенностях питания беременной при токсикозах, запорах, гипертонии, то в графе «Дата» (столбцы «Рекомендации выданы», «акушером-гинекологом») напротив обозначения «Д-А3», он ставит дату выдачи устных рекомендаций, что подтверждается подписью пациентки в их получении в графе «Устные». В случае получения пациенткой части рекомендаций по данной теме в виде памяток, она ставит подпись также в графе «Памятки»****

ТЕМАТИКА РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПАМЯТОК), ВЫДАВАЕМЫХ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

ДОРОДОВЫЙ БЛОК ИНФОРМАЦИИ

- Д-А1. Необходимость медицинского наблюдения и раннего обращения беременной в женскую консультацию, частота посещений врача акушера-гинеколога, акушерки. Законодательные права беременной и права материнства.
- Д-А2. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы: женские и мужские половые клетки, оплодотворение, признаки беременности. Патологические и физиологические изменения в организме беременной, осложнения.
- Д-А3. Внутриутробное развитие плода по неделям, его реакции на внешние раздражители. Роль плаценты и амниотических вод в жизнеобеспечении плода. Особенности питания при токсикозах, запорах, гипертензии у беременных.
- Д-А4. Значение гимнастики для благополучного течения беременности, родов. Обучение комплексу физических упражнений в зависимости от срока беременности.
- Д-А5. Обучение беременных тестам для оценки развития беременности и состояния плода. Особенности личной гигиены беременной: значение ухода за кожей, зубами, молочными железами, половыми органами и др. Одежда, обувь, белье.

РОДОВЫЙ БЛОК ИНФОРМАЦИИ

- Р-А1. Страх перед родами. Поведение во время родов.
- Р-А2. Укрепление психоэмоционального состояния в родах: обучение приемам аутотренинга и точечного самомассажа. Роль партнерства в родах.
- Р-А3. Календарные сроки наступления родов. Подготовка к поступлению в родильный дом. Предвестники родов. Периоды родов и их продолжительность.
- Р-А4. Обучение различным способам дыхания для благополучного течения родов.
- Р-А5. Роды без боли (анестезия, кесарево сечение): недостатки и преимущества.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ БЛОК ИНФОРМАЦИИ

- П-А1. Поведение в первые часы после родов. Техника прикладывания ребенка к груди. Роль грудного вскармливания до 6 месяцев жизни ребенка.
- П-А2. Доношенный и недоношенный ребенок: анатомо-физиологические особенности.
- П-А3. Значение раннего прикладывания ребенка к груди в родильном зале. Роль совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме.
- П-А4. Гимнастика в послеродовом периоде.
- П-А5. Половая жизнь при беременности и после родов, контрацепция.

В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

ДОРОДОВЫЙ БЛОК ИНФОРМАЦИИ

- Д-П1. Факторы перинатального риска, их роль в формировании здоровья будущего ребенка.
- Д-П2. Особенности режима труда и отдыха, питания беременной, влияющие на рост и развитие будущего ребенка. Роль витаминов и микроэлементов в питании беременной.
- Д-П3. Роль семьи в поддержке беременной. Стресс: механизм возникновения и признаки стресса. Способы реагирования и эмоциональной разгрузки.
- Д-П4. Дородовая педагогика и формирование здоровья ребенка. Приемы дородового общения.
- Д-П5. Подготовка молочных желез к кормлению. Профилактика гипогалактии.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ БЛОК ИНФОРМАЦИИ

- П-П1. Подготовка белья для новорожденного при выписке из родильного дома. Переходные состояния новорожденного. Критические периоды в жизни ребенка.
- П-П2. «Уголок ребенка». Режим дня, предметы и правила ухода за ребенком: туалет, купание, уход за кожей, свободное пеленание, приемы массажа и элементы гимнастики.
- П-П3. Рекомендации по питанию ребенка первого года жизни.

- П-П4. Рекомендации по воспитанию и закаливанию ребенка первого года жизни.
- П-П5. Рекомендации по развитию ребенка первого года жизни

В ПОЛИКЛИНИКАХ ОБЩЕЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

ДОРОДОВЫЙ БЛОК ИНФОРМАЦИИ

- Д-Т1. Необходимость выполнения обязательного объема медицинского обследования во время беременности, современные инструментальные методы слежения за состоянием здоровья матери и плода.
- Д-Т2. Влияние производственных, инфекционных, лекарственных, радиационных факторов на плод.
- Д-Т3. Профилактика простудных заболеваний. Использование природных факторов для закаливания и оздоровления организма беременной женщины. Опасность самолечения для здоровья беременной и плода.
- Д-Т4. Влияние здоровья родителей на здоровье будущего ребенка. Роль наследственности.
- Д-Т5. Особенности питания и образа жизни беременной при запорах, сахарном диабете, артериальной гипертензии, заболеваниях почек, при других нарушениях здоровья.

**** Памятки для беременных женщин и специалистов подробно изложены в методических рекомендациях «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей»

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

КАРТА БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЗНАЧИМОСТИ ИНФОРМАЦИИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИЕЙ, ПОЛУЧАЕМОЙ В СИСТЕМЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Уважаемые женщины! Оцените (обвести кружком выбранный балл от 1 до 5), пожалуйста, в графе «Значимость информации» насколько предлагаемая нами информация, для Вас важна и актуальна, а в графе «Удовлетворенность информированием» - насколько для Вас получаемые от медицинских работников рекомендации понятные, четкие, своевременные. Благодарим за участие!

№ п/п	Информация (рекомендации)	Значимость информации	Удовлетворенность информированием
1	Изменения в организме при беременности и развитие будущего ребенка	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Образ жизни семьи и его влияние на здоровье будущего ребенка	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	Режим труда и отдыха беременной и здоровье будущего ребенка	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Питание беременной и формирование здоровья будущего ребенка	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Влияние стресса на здоровье будущего ребенка	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Физическая активность при беременности	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Подготовка и поведение в родах	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	Уход за новорожденным в домашних условиях	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	Воспитание ребенка до и после его рождения	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5