



Качество оказания услуг при кесаревом сечении в стационарах 2-го уровня в Республике Таджикистан

Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, Х. К. Бобоева, Т.М. Джабарова, Ш.Х. Вахобова

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

МЗ и СЗН Республики Таджикистан, Душанбе

Проведена оценка практик оказания помощи во время кесарева сечения и в послеоперационном периоде в 6 учреждениях 2-го уровня. Использован «Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорождённым», рекомендованный ВОЗ. Для каждой ключевой практики определен список критериев, оцениваемых по 4-х балльной системе. Средняя оценка по разделу кесарево сечение в отдельных обследованных районах колебалась от 1,1 до 2,2 баллов, что свидетельствует о необходимости улучшения качества оказываемых услуг при оказании помощи во время кесарева сечения и в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: качество услуг, кесарево сечение, стационары 2-го уровня.

Актуальность. С целью улучшения качества медицинской помощи матерям и детям в Республике Таджикистан проводятся широкомасштабные мероприятия [1, 2]. Значителен вклад международных организаций, партнёров, доноров, заинтересованных сторон. Из наиболее значимых действий в этом направлении является проведение семинаров в различных регионах республики, помощь и содействие в медицинском обеспечении и оснащении учреждений родовспоможения, внедрение системы аудита и мониторинга действующих программ, в том числе внедрение эффективных перинатальных услуг [3]. В последние годы (2008-2015) проводилось обучение специалистов, оказывающих услуги в сфере родовспоможения на уровне стационара: организаторы услуг, акушеры-гинекологи, неонатологи, анестезиологи, акушерки, статисты. Для улучшения качества помощи важно взаимодействие 4 важных компонентов – стандарты, инструменты оценки качества, движущие силы и стратегии продвижения изменений [4]. Обучение осуществлялось по внедрению национальных протоколов ведения физиологических родов, гипертензивных нарушений, акушерским кровотечениям, ведению родов высокого риска, анализу критических случаев [5-8]. Качественно проведённое кесарево сечение (КС) предусматривает использование в практике международных стандартов по его выполнению, реабилитацию и диспансеризацию женщин после абдоминального родоразрешения для улучшения качества их жизни и подготовки к следующей беременности и родам [9, 10]. В Таджикистане ранее не проводились исследования по оценке практик оказания помощи во время КС и в послеоперационном периоде для выработки

рекомендаций по улучшению качества оказываемых услуг в стационарах 2-го уровня, что определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования: оценка практик оказания помощи во время КС и в послеоперационном периоде для выработки рекомендаций для улучшения качества оказываемых услуг в стационарах 2-го уровня.

Материал и методы. Материалом исследования явились истории родов пациенток, родоразрешённых операцией КС за последние 3 месяца, статистические данные, результаты интервью сотрудников и пациенток, наблюдение практик в 6 родильных учреждениях 2-го уровня Хатлонской области. С целью конфиденциальности оценённые учреждения закодированы. При проведении оценки был использован Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорождённым (второе издание 2014 года), разработанный при технической поддержке центра ВОЗ по вопросам здоровья матерей и новорождённых в Триесте, Италия. Данный инструмент предназначен для объективного сбора информации в ключевых сферах, влияющих на качество оказываемых услуг. Инструмент состоит из 5 основных частей: система поддержки больницы, медицинская помощь при основных клинических состояниях, политика и организация предоставления помощи в учреждении, интервью с медицинскими работниками, подведение итогов оценки и разработка плана действий. Каждая часть включает в себя разделы по оценке основных ключевых практик. Для каждой ключевой практики определён список критериев (отобраны на основе доказательной ме-



ТАБЛИЦА 1. СРЕДНИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ БАЛЛЫ КЛЮЧЕВЫХ ПРАКТИК РАЗДЕЛА «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

Практики	Учреждения					
	А	Б	В	Г	Д	Е
Готовность к проведению экстренного КС	1,7	3,0	2,4	3,0	2,2	2,2
Проведение КС по строгим показаниям	1,7	2,7	2,3	1,0	2,5	2,4
Внедрение политики по снижению частоты КС	1,5	1,7	1,5	1,1	2,0	1,1
Соответствие стандартов проведения КС международным	2,5	1,9	1,9	0,9	2,4	1,9
Соответствие техники КС международным рекомендациям	1,6	1,6	1,8	1,0	2,5	1,1
Соответствие оказания помощи в послеоперационном периоде международным стандартам	2,1	2,4	2,6	1,6	2,7	2,2
Организация помощи в послеоперационном периоде после 24 часов	1,7	1,9	2,2	1,7	2,4	2,2

дицины). Данный инструмент использован нами для выполнения поставленных задач. Интервью проводилось по методике, представленной в Инструменте.

Каждая практика оценивалась по 4-х балльной системе:

- 3 = помощь оказывается в соответствии с международными стандартами (не требует улучшения вовсе или необходимы минимальные изменения)
- 2 = субоптимальный уровень оказания помощи, отсутствует существенный риск для здоровья пациентов, права пациентов в основном соблюдаются (необходимы некоторые улучшения)
- 1 = неадекватный уровень оказания помощи, имеются значительные риски для здоровья пациентов, серьёзные нарушения прав женщин и новорождённых (например, задержка или неиспользование научно-обоснованных вмешательств): требуются существенные улучшения

Общий балл для каждого раздела рассчитывается как среднее арифметическое всех баллов по каждой ключевой практике.

Оценка раздела «Кесарево сечение» проводилась по следующим пунктам:

- а) готовность к проведению экстренного КС
- б) проведение КС по строгим показаниям
- в) внедрение политики по снижению частоты КС
- г) соответствие стандартов проведения КС международным
- д) соответствие техники КС международным рекомендациям
- е) соответствие оказания помощи в послеоперационном периоде международным стандартам
- ж) организация помощи в послеоперационном периоде после 24 часов.

Результаты и их обсуждение. Средние оценочные баллы по вышеназванным пунктам в учреждениях представлены в таблице 1.

Как видно из приведённых данных, только 2 учреждения оценены на высший балл по готовности к проведению экстренного КС. Имеются учреждения, в которых КС не всегда проводится по строгим показаниям, что объясняет высокий процент частоты этого вмешательства в этих учреждениях (11% и 18%). Максимальный балл оценки внедрения политики по снижению частоты КС составил 2, минимальный – 1,1, что свидетельствует о неполном использовании ЭПУ, способствующих увеличению частоты родов через естественные родовые пути. Оценка соответствия стандартов проведения КС международным в различных учреждениях значительно отличалась – от 0,9 до 2,5 баллов. Во всех учреждениях техника выполнения КС не по всем пунктам соответствует международным рекомендациям. Оценка соответствия оказания помощи в послеоперационном периоде международным стандартам и организация помощи в послеоперационном периоде после 24 часов подтверждают необходимость создания местных протоколов по ведению пациенток в послеоперационном периоде, основанных на рекомендациях ВОЗ. Общая оценка по разделу «Кесарево сечение» в обследованных районах представлена на рисунке.

Как видно из рисунка, во всех учреждениях необходимо разработать планы действий по улучшению качества услуг при оказании помощи во время кесарева сечения и в послеоперационном периоде. Систематизация слабых сторон, выявленных при оценке учреждений, показала следующее:

- высокий процент оперативного родоразрешения в 2 (33,3%) учреждениях
- преимущественный выбор эндотрахеального наркоза при кесаревом сечении в 3 (50%) учреждениях
- отсутствие информированных согласий на операцию во всех учреждениях

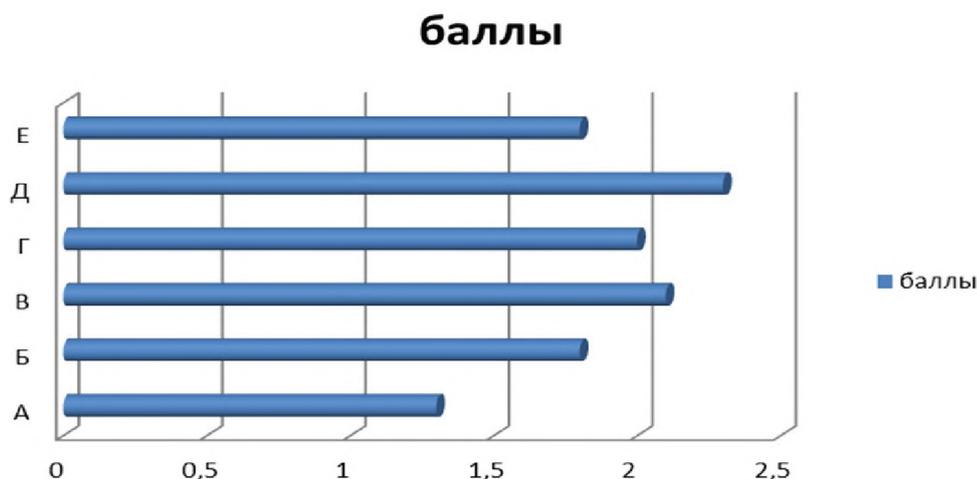


РИС. ОБЩАЯ ОЦЕНКА УЧРЕЖДЕНИЙ ПО РАЗДЕЛУ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

- техника операции не соответствует международным рекомендациям в 4 (66,7%) учреждениях
- отсутствие протоколов профилактики тромбоэмболии во всех учреждениях
- нерациональная антибиотикопрофилактика в 3 (50%) учреждениях
- отсутствие использования контакта «кожа к коже» во всех учреждениях.

Были выяснены истинные причины слабых сторон при интервью с сотрудниками и в ходе изучения историй родов. Высокий процент операций обусловлен тем, что не всегда КС проводится по строгим показаниям, а также недостаточным использованием эффективных перинатальных услуг в родах (партограммы, свободный выбор позиций, психологическая поддержка). Низкий процент использования спинальной анестезии в некоторых учреждениях объясняется отсутствием профессиональных навыков анестезиологов, а также недостаточной обеспеченностью лекарствами и расходным материалом. Слабая постановка организации службы, не учитывающая политику прав пациента, объясняет причину отсутствия согласий на операцию во всех учреждениях. Отсутствие местных протоколов по технике КС, профилактике тромбоэмболии и антибиотикопрофилактике обуславливают определённые слабые стороны, выявленные при оценке. Наличие современных руководств и национальных стандартов не всегда дает возможность персоналу разрабатывать местные протоколы из-за отсутствия навыков. Отсутствие использования контакта «кожа к коже» во всех учреждениях объясняется отсутствием условий для использования этой эффективной услуги.

На основе выявленных слабых сторон в каждом отдельно взятом учреждении разработаны рекомендации на местном уровне. Систематизация слабых сторон в учреждениях и поиск истинных причин этих слабых сторон позволили разработать общие рекомендации, внедрение и реализация которых будет способствовать улучшению качества услуг при оказании помощи во время КС и в послеоперационном периоде. Основной рекомендацией является повышение уровня знаний международных стандартов проведения и техники КС. Данная рекомендация осуществима при организации мониторингов и менторства со стороны шефов-консультантов и национальных тренеров. Снижение частоты КС возможно при использовании ЭПУ в практиках ведения беременности и родов, что также требует мониторингов, а, в некоторых случаях, и обучения специалистов, оказывающих услуги в учреждениях. Роль системы непрерывного образования в самих учреждениях, использования протоколов и руководств, основанных на наилучших научных доказательствах, регулярность проведения аудита и использование результатов аудита для улучшения качества являются резервом улучшения качества оказываемых услуг при оказании помощи во время КС и в послеоперационном периоде.

Таким образом, реализация принятых решений будет способствовать высокому качеству помощи во время КС и в послеоперационном периоде, достижению желаемых результатов и эффективной системе перинатальной помощи, снижению материнской и перинатальной смертности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 г. от 1.08.08г. № 370.
2. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г. от 31.08.04г., № 348.
3. Borchert M, Bacci A, Baltag V et al. Improving maternal and perinatal health care in the Central Asian Republics. *Int J Gynecol Obstet.* – 2010. – Vol. 35, №3. – P. 136-141.
4. Hogan M, Foreman K, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet.* – 2010. – Vol. 375, №12. – P.1609-1623.
5. Принципы и методология исследования критических случаев / М.Я.Камилова, С.М.Мухаммадиева, Ф.М.Абдурахманов, Ш.М.Курбанов // Учебно-методическое пособие. – Душанбе. – 2013. – 26 с.
6. Приказ МЗ РТ «О внедрении стандартов по антенатальному уходу при физиологической беременности, акушерским кровотечениям и гипертензивным нарушениям во время беременности», 26 сентября 2008 г. № 540.
7. Приказ МЗ РТ «О внедрении стандартов по ведению родов высокого риска», 29 июля 2010 г. № 450
8. Приказ МЗ РТ «О проведении конфиденциального расследования случаев материнской смертности», 25 сентября 2013 г. № 557.
9. Додхоева М.Ф. Реабилитация и диспансеризация женщин после абдоминального родоразрешения / М.Ф.Додхоева, М.У.Юлдошева // Вестник Авиценны. – 2016. – №2. – С.42-47.
10. Юлдошева М.У. Частота и структура гинекологических заболеваний у женщин, перенесших кесарево сечение в анамнезе / М.У.Юлдошева, М.Ф.Давлатова // Вестник Авиценны. – 2014. – №2. – С.84-87.

Summary

Quality of rendering services during cesarean section in 2nd level hospitals in Republic of Tajikistan

G.K. Davlatova, M.Y. Kamilova, H.K. Boboeva, T.M. Jabarova, Sh.Kh. Vahobova
Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

An assessment of rendering help during cesarean section and in postoperative period in 6 institutions of the 2nd level was carried out. "An Instrument for Assessment and Improvement of Quality of Hospital Care for Women and Newborns", which is recommended by WHO was used. For each key practice, a list of criteria assessed by 4-grade system was determined. Average assessment according to cesarean section in 6 separate districts varied from 1.1 to 2.2 points, which indicates necessity to improve quality of rendering services during cesarean section and in post operational period.

Key words: quality of rendering, cesarean section, hospitals of 2nd level

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Камилова Мархабо Ядгаровна –
руководитель акушерского отдела НИИ АГ и П РТ;
Республика Таджикистан, Душанбе,
ул. Мирзо Турсун-заде, д. 31
E-mail: marhabo1958@mail.ru