ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БОРЦОВ В.А., ФУНТИКОВ А.С., ФОМИЧЕВА М.Л.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

МОНОГРАФИЯ

Новосибирск
2018

УДК 616-053.3-084:614.2]-004.9
ББК 51.1+57.3+32.98
Б-83

Рецензенты:
А.В. Лиханов, д-р мед. наук, заместитель министра здравоохранения Новосибирской области;
А.В. Шульмин, д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России.

Авторы:
*В.А. Борцо*в, д-р мед. наук, доцент, заведующий отделом инновационных проектов ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики», профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России;
А.С. Фунтиков, заведующий отделением организационно-методической и профилактической работы ГБУЗ НСО «Центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювентус», старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков и школьной медицине министерства здравоохранения Новосибирской области;
М.Л. Фомичева, канд. мед. наук, директор ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики», заведующая лабораторией профилактической медицины Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», главный внештатный специалист по медицинской профилактике министерства здравоохранения Новосибирской области.

Б-83 Совершенствование профилактической работы с детьми раннего возраста на основе информационных технологий / В.А. Борцов, А.С. Фунтиков, М.Л. Фомичева – Новосибирск: Сибмедиздат, 2018. – 120 с.

В монографии представлены пути совершенствования организации профилактической работы с детьми раннего возраста на основе информационных технологий.

Предназначается для руководителей и специалистов органов управления организаций здравоохранения, научных сотрудников, занимающихся решением проблем организации профилактической работы, а также клинических ординаторов для самостоятельной работы по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

© НГМУ, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ ... 5

1.1 Основные принципы организации медицинского обслуживания детского населения на амбулаторном уровне 5

1.2 Основные направления профилактической работы врача-педиатра участкового 9

1.3. Информационные технологии в совершенствовании организации медицинской помощи на амбулаторном уровне 13

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 18

2.1 Объект и методы исследования 19

2.2 Комплексная методика социально-гигиенического исследования 20

2.3 Статистический метод 22

2.4 Социологический метод 23

2.4.1 Социологический опрос родителей детей раннего возраста 24

2.4.2 Социологический опрос врачей-педиатров участковых..... 25

2.4.3 Социологический опрос руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне..... 26

2.4.4 SWOT-анализ обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информационных технологий..... 27

2.4.5 Социологический опрос родителей детей раннего возраста с целью оценки эффективности внедрения электронного кабинета здорового ребенка 28

2.4.6 Социологический опрос врачей-педиатров участковых с целью оценки эффективности внедрения электронного кабинета здорового ребенка 29

2.4.7 Экспертная оценка внедрения электронного кабинета здорового ребенка 29

ГЛАВА 3 СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. НОВОСИБИРСКА 31

ГЛАВА 4 ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ И SWOT-АНАЛИЗА 36

4.1 Результаты социологического опроса родителей детей раннего возраста 36

4.2 Результаты социологического опроса врачей-педиатров участковых..... 39

4.3 Результаты социологического опроса руководителей медицинских организаций 44

4.4 SWOT-анализ обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информационных технологий..... 48

ГЛАВА 5 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....54

5.1 Современный подход к совершенствованию профилактической работы с детьми раннего возраста на основе информационных технологий 54

5.2 Структурно-организационная модель электронного кабинета здорового ребенка..... 60

ГЛАВА 6 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА.....71

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 80

ПРИЛОЖЕНИЕ..... 85

Анкета для родителей детей до трёх лет 85

Анкета для врачей-педиатров участковых 90

Анкета для руководителей медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровнедетскому населению..... 94

Анкета для родителей, использующих электронный кабинет здорового ребенка 99

Анкета для врачей-педиатров участковых, участвующих в оценке эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка..... 100

Карта экспертной оценки 102

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 103

ГЛАВА I

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

1.1 Основные принципы организации медицинского обслуживания детского населения на амбулаторном уровне

Амбулаторная помощь детскому населению занимает важное место в системе здравоохранения и оказывается в детских поликлиниках, в педиатрических отделениях взрослых поликлиник, в поликлинических отделениях детских стационаров и педиатрических отделениях амбулаторных подразделений стационаров. Медицинское обслуживание детей на амбулаторном уровне осуществляется по территориальному принципу [2; 20; 66; 95].

Важнейшей функцией детской поликлиники является профилактическая работа, заключающаяся в наблюдении детей всех возрастных групп (от 0 до 18 лет); проведении плановых скрининговых обследований; иммунопрофилактике; диспансеризации детского населения; консультативную помощь врачей-участковых педиатров как на приеме, так и на дому; лечебную, профилактическую и санитарно-просветительную деятельность в детских образовательных учреждениях (школах, детских садах) [13; 80; 103; 176].

В Российской Федерации принята классификация детских поликлиник на основе общего числа детского населения на территории поликлиники. Для учета числа детей участковыми патронажными медицинскими сестрами проводятся ежегодные переписи. Имеется 5 категорий детских поликлиник, мощность которых рассчитывается по числу посещений учреждения в день: I категория – 800; II – 700; III – 500; IV – 300; V – 150 и менее посещений [3; 55; 114; 177].

Важнейшая функция педиатрического отделения – оказание лечебной и профилактической помощи детям как в медицинском учреждении, так и на дому. Один из главных принципов отечественной медицины – принцип участковости – дает возможность одному врачу на протяжении всего периода детства постоянно наблюдать за состоянием здоровья ребенка. Это позволяет адекватно оценивать уровень физического и нервно-психического развития ребенка, его состояния здоровья, социальные условия жизни. Стандартный педиатрический участок предусматривает 800 детей до 15 лет. На один участок приходится 1 ставка врача-педиатра и 1,5 ставки медицинской сестры [5; 91; 134].

К задачам участкового врача-педиатра относятся: обеспечение преемственности в работе с женскими консультациями и родильными домами; посещение новорожденных в течение первых 3-х дней после выписки из родильного дома; прием детей в поликлинике и посещение на дому в случае заболевания; оценка уровня развития, рекомендации по питанию, профилактике заболеваний и здоровому образу жизни; профилактическое наблюдение; ежегодное составление плана иммунопрофилактики и контроль за его выполнением; организация медицинских осмотров детей перед поступлением в дошкольные учреждения и школу; при необходимости – направление на лечение в детские медицинские учреждения стационарного типа; информирование вышестоящих инстанций в случаях выявления инфекционных заболеваний; учет детского населения, нуждающегося в санаторно-курортном лечении [36; 73; 127; 148].

Кабинет здорового ребенка занимается профилактической работой среди детского населения в возрасте до трех лет. Первоочередной задачей кабинета здорового ребенка является обучение родителей. Проводятся беседы по вопросам ухода, питания, воспитания, особенностям развития детей данного возраста [16; 77; 120; 136].

Демонстрируются необходимые практические навыки обращения с детьми: пеленание, правильное ношение на руках, принципы физических упражнений для детей. Врачи-педиатры участковые проводят прием детей первого года жизни; после осмотра проводится беседа с его родителями о воспитании и питании детей данного возраста. Еще одной важной функцией кабинета здорового ребенка является профилактика рахита [8; 62; 106; 125].

Профилактическая деятельность врача-педиатра участкового имеет особенности для детей разного возраста. Для родителей детей раннего возраста – правила вскармливания, ухода, методики закаливания ребенка, профилактика рахита, ОРВИ и основных детских инфекционных заболеваний [25; 78; 98; 107].

Для родителей дошкольников – профилактика детских инфекционных, аллергических заболеваний, травматизма, привитие навыков личной гигиены. Для детей школьного возраста и их родителей – профилактика нарушений зрения, осанки, неврозов, заболеваний пубертатного периода, обсуждение вопросов полового воспитания [15; 63; 100; 122].

Важную роль в санитарно-просветительской работе играют школы молодых матерей, школы отцовства, позволяющие осветить особенности гигиенического воспитания [39; 60; 124; 152].

В СССР система охраны материнства и детства показала очень высокую эффективность, достигнутую за короткий промежуток времени. Так, в 1905–1919 гг. показатели младенческой смертности в Российской Империи превышали аналогичные показатели в европейских странах. Однако уже в 1960-х гг. они сравнялись с уровнями смертности США и стран Западной Европы. Всемирная Организация Здравоохранения на конференции в Алма-Ате (1978 г.) дала высокую оценку советской системе охраны материнства и детства и рекомендовала введение ее другим странам. [23; 40; 61; 121; 182].

Однако то, что было достаточно эффективно при достаточно низких условиях качества жизни населения, уровня грамотности и материального обеспечения населения в 20–50-х гг. прошлого века, в конце 60-х гг. стало неприемлемым. Отлаженная и грамотно построенная система уже не соответствовала вызовам времени [21; 47; 104; 123].

В конце 60-х гг. стало явной необходимостью сменить упор борьбы с младенческой смертностью на неонатальный период, так как выяснилось, что в структуре младенческой смертности начали превалировать смерти детей первого месяца жизни. Несмотря на выявленные приоритеты организация перинатальной и неонатальной службы, внедрение технологий, направленных на сохранение жизни плода и новорожденного и реализация региональных программ снижения младенческой смертности начались лишь в конце 80-х годов [33; 90; 99; 115].

В 90-е годы развитие профилактической педиатрии в нашей стране вышло на новый уровень. Была введена президентская программа «Дети России», включавшая 12 Федеральных программ по важнейшим направлениям в области охраны материнства и детства, такие как «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок», «Дети-сироты», «Дети-инвалиды» и др. Значительным событием стало присоединение Российской Федерации к международной Конвенции о правах ребенка [24; 30; 145; 147].

В 2000–2010 гг. профилактическая педиатрия получила еще большее развитие: началось создание детских центров здоровья, в том числе и НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения на основе Научного центра здоровья детей РАМН; получил реализацию Приоритетный национальный проект «Здоровье»; стали выделяться большие средства на модернизацию здравоохранения, в том числе и профилактическое звено; было принято решение о выделении не менее 25% средств, выделяемых из бюджета на здравоохранения, на охрану детского здоровья [32; 34; 46; 89].

Европейским региональным бюро ВОЗ были сформулированы основополагающие принципы профилактики в детском возрасте: финансовые расходы на профилактику болезней детей являются инвестициями в здоровье и будущее страны; общество должно формировать окружение, благоприятное для здоровья детей, способствуя, таким образом, потребности в здоровом образе жизни; современным проблемам педиатрии должны соответствовать адекватные меры со стороны государства в сфере охраны детского здоровья; укрепление здоровья детей должно быть доступно каждой семье; государством обязано предоставить всем детям услуги системы здравоохранения и необходимую медицинскую помощь; правительство государства ответственно за проведение государственной политики в области профилактической медицины детей и должно следить за ее эффективностью [18; 51; 92; 128].

Следует отметить, что одним из основных направлений отечественной медицины всегда являлось профилактическая направленность в педиатрии. При таком подходе основной деятельностью врача-педиатра участкового является не только лечение детей, но и просветительская работа с родителями, а также разработка различных методов профилактики. Организация профилактических

мероприятий является динамичной системой, которая должна в полной мере соответствовать современному этапу развития здравоохранения [9; 17; 22; 105].

1.2 Основные направления профилактической работы врача–педиатра участкового

Работа участкового педиатра не сводится только к лечебной работе. Она является многогранной и включает в себя еще и профилактическую работу, диспансеризацию детского населения, а также санитарно-просветительную деятельность [69; 179].

Профилактическую деятельность участкового врача-педиатра можно разделить на две категории:

– неспецифическую профилактику: антенатальная охрана плода и новорожденного в сотрудничестве с женскими консультациями и роддомами, дородовый и послеродовый патронажи; организация школ молодых матерей и отцов; формирование оптимального режима и вскармливания детей первого года жизни; профилактика заболеваний детей после рождения; работа с родителями на участке по вопросам закаливания детей; профилактическая работа с детьми с хроническими заболеваниями; диспансерное наблюдение за здоровым детским населением;

– специфическую профилактику: организация иммунопрофилактики, как плановой, так и экстренной; выявление очагов инфекционных заболеваний, и работа по ограничению их распространения путем иммунизации детей [126; 190].

К показателям оценки профилактической работы врача относятся: уровень охвата беременных дородовыми патронажами; проведение занятий для беременных в очных школах молодых матерей; первичный врачебный и сестринский патронаж после выписки из родильного дома; ведение патронажей за новорожденными на 19–20 день жизни; систематичность наблюдения за детьми первых трех лет жизни; доля детей первых четырех месяцев жизни, переведенных по показаниям на раннее смешанное либо искусственное вскармливание; индекс здоровья детей первого месяца, первого, второго и третьего годов жизни [26; 64].

Критериями оценки качества профилактической работы педиатрического участка считаются уровень заболеваемости среди новорожденных, перинатальная и смертность [42; 75].

Большое значение при оценке профилактической работы врача-педиатра участкового придается уровням заболеваемости рахитом и число детей с такими патологическими состояниями как гипотрофия и анемия [108; 172].

В соответствии с современными концепциями педиатрии наиболее актуальным является комплексный подход к профилактической работе на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Несмотря на профилактическую деятельность, как приоритетное направление в работе участковых служб, имеется множество проблем в ее полноценной реализации. Относительно первичной профилактики камнем преткновения является низкая активность родителей в формировании у детей навыков здорового образа жизни [1; 71].

Таким образом, совершенствование профилактической работы в педиатрической практике требует многостороннего анализа различных организационных форм работы, совершенствования методических материалов, эталонов медицинской документации, стандартов оказания медицинской помощи и взаимодействия лечебно-профилактических учреждений по вопросам межведомственной интеграции на всех уровнях [102; 174].

Основная цель амбулаторного уровня педиатрической службы – оптимальное развитие детей с возможностью реализации их физического и интеллектуального потенциала на максимальном уровне. Первичная профилактика подразумевает укрепление детского здоровья и предупреждение развития заболеваний путем индивидуальных либо групповых мероприятий и проведение диспансерного наблюдения [65; 135].

Несомненен тот факт, что основную часть ответственности за здоровье ребенка несет семья, профилактическая же деятельность участкового педиатра основной упор ставит на санитарно-просветительской работе и обучении родителей [153; 161].

Важное место в деятельности участкового врача-педиатра занимает профилактическая работа с детьми до трех лет. Большое значение при этом придается организации воспитания и правиль-

ного питания ребенка. Эту функцию выполняет кабинет здорового ребенка, организовываемый в педиатрическом отделении детской поликлиники. Очевидно, что профилактическая работа с детьми данной возрастной группы является необходимой и социально значимой деятельностью системы здравоохранения [44; 157].

К основным функциям кабинета здорового ребенка относятся: организация обучения беременных женщин и родителей классическим правилам воспитания здорового ребенка – питание, режим, закаливание, уход; обучение родителей контролю за состоянием здоровья детей до трех лет, динамикой физического и умственного развития; методическая помощь участковым врачам-педиатрам в проведении школ молодых матерей и отцов; проведение коллективных и индивидуальных бесед с родителями; распространение буклетов и памяток по основным вопросам охраны здоровья ребенка, гигиенической информации; индивидуальная подготовка детей к поступлению в дошкольные образовательные учреждения; обучение участковых медицинских сестер методам профилактической работы, массажу, гимнастики, закаливанию; информирование участковых педиатров о выявленных нарушениях в развитии ребенка и ошибках родителей, допускаемых при уходе, кормлении или воспитании детей в «Истории развитии ребенка» (форма № 112);скрининговые обследования детей [154; 188].

В кабинете здорового ребенка также работает специально обученный средний медицинский персонал. Медицинская сестра кабинета здорового ребенка имеет следующие обязанности прием детей первого года жизни не реже пяти раз в год; детей второго года жизни – не реже четырёх раз в год и детей третьего года жизни – не менее двух раз в год. К медицинской документации кабинета здорового ребенка относятся: учетная форма №1 12/у, карта посещений кабинета здорового ребенка, учетная форма № 039/у, учетная форма № 038/у [81; 159].

В системе профилактических мероприятий в сфере педиатрии, кабинет здорового ребенка является важной структурой, позволяющей разрешить множество отдельных вопросов в комплексе профилактической деятельности детской поликлиники. Ребенок первого года жизни направляется в кабинет здорового ребенка после профилактического осмотра участкового врача-педиатра [38; 131; 186; 191].

Дети второго и третьего года жизни посещают кабинет здорового ребенка до профилактического приема у участкового педиатра для диагностики уровня нервно-психического развития и оценки поведения в необходимые сроки. По показаниям дети посещают кабинет здорового ребенка после профилактического приема, если возникает необходимость уточнить новые для данного ребенка рекомендации педиатра. Посещению кабинета здорового ребенка детьми второго и третьего года жизни должен предшествовать патронаж участковой медицинской сестры, которая отражает в карте развития (форма № 112/у) данные о поведении ребенка, а также развитие навыков (второй год) игры и речи у детей (третий год). Медицинская сестра кабинета здорового ребенка знакомится с этими данными, а затем проводит диагностику нервно-психического развития детей по остальным показателям с предварительной оценкой по группам развития и назначениями на следующий возрастной период [27; 160].

Данные об уровне нервно-психического развития вносятся медицинской сестрой кабинета здорового ребенка в карту учета посещения кабинета здорового ребенка (вкладыш), который должен быть вклеен в форму № 112/у и использоваться участковым врачом для комплексной оценки состояния здоровья ребенка. В кабинете здорового ребенка врачи-педиатры участковые принимают здоровых детей первого года жизни. Для оптимизации рабочего процесса проводятся групповые приемы детей одного возраста или имеющих схожие отклонения в состоянии здоровья. Участковая медицинская сестра, работающая в кабинете, приглашает на одно время (с интервалом 5–10 минут) трёх–четырёх детей. Кабинет здорового ребенка оснащен методическими пособиями по уходу, воспитанию, питанию детей, массажу, гигиене, методах закаливания, организации сна и бодрствования, стендами, которые наглядно отображают информацию для родителей: таблица режима и питания беременной женщины и молодой матери; таблица возрастных режимов; таблица-схема естественного и искусственного вскармливания детей первого года жизни; таблица с информацией о профилактике гипогалактии; таблицы по вскармливанию и питанию детей раннего возраста; таблица показателей физического и нервно-психического развития детей раннего возраста; стенды с комплексами массажа и гимнастики, физических упражнений для детей раннего возраста;

стенды со схемами закаливания детей; схема специфической и неспецифической профилактики рахита; стенд по подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение; набор методических рекомендаций по основным вопросам профилактической работы со здоровым ребенком [29; 70].

Кроме того, кабинетом здорового ребенка организовываются школы материнства и молодых родителей, на которых проводятся занятия по всем вопросам, связанным с профилактикой заболеваний и воспитанием детей до трёх лет жизни, проводятся профилактические беседы со школьницами старших классов. [83; 179].

Деятельность кабинета здорового ребенка осуществляется с учетом положений приказа Минздрава СССР от 19.01.1983 г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» (в редакции приказа 05.05.1999 г. № 60 Министерства здравоохранения РФ) и действует до настоящего времени, а его деятельность осуществляется на основе методических рекомендаций «Организация работы кабинета здорового ребенка в детской поликлинике», утвержденных приказом министерства здравоохранения СССР от 23.03.1987 г. №11–11 6–25 и действующих до настоящего времени. Кроме того, приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2007 г. № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» регламентирует профилактическое наблюдения врача-педиатра участкового и врачей специалистов по месяцам в течение первого года жизни [28; 82].

1.3 Информационные технологии в совершенствовании организации медицинской помощи на амбулаторном уровне

Развитие Интернет-технологий, высокая компьютерная грамотность среди молодого населения, включая родителей детей раннего возраста и, практически, всем свободный доступ во всемирную сеть, где имеется безграничное количество информации, требует обратить на Интернет-ресурсы особое внимание [129; 155; 170; 194].

Современный человек значительное количество информации получает именно из Интернета: эти ресурсы включают в себя как серьезные научные статьи, содержащие доказательную базу, так и

куда большее число сайтов, на которых информация предоставляется непрофессиональными и некомпетентными источниками. В последнюю категорию входят Интернет-форумы, где люди обмениваются мнениями, пишут отзывы и советы [4; 130].

В наше время значительное распространение получили подобные ресурсы по педиатрической тематике, где основными источниками информационного контента являются настоящие, либо будущие матери. Данные сайты отличаются значительной посещаемостью среди молодых родителей и, возможно, представляют определенную ценность, распространяя знания [53; 79; 133; 169].

Однако, учитывая отсутствие медицинского образования у большинства пользователей таких ресурсов, у них отсутствует возможность дифференцировать полезную и необходимую информацию от ненужной и даже вредной. Кроме того, структура подобных сайтов весьма хаотична, и поиск информации затруднен [116; 132; 164; 195].

В последние два десятилетия наблюдается тенденция изменения процесса информатизации в РФ на системный уровень, что находит свое отражение и в системе здравоохранения [19; 97; 168].

Основной целью информатизации здравоохранения является способствование реализации функций здравоохранения посредством внедрения компьютерных технологий в медицине, при этом повышающих качество оказания медицинской помощи, и качественных информационных технологий на всех уровнях управления здравоохранением [6; 178; 192].

Информатизация в сфере здравоохранения позволяет решить множество задач на всех уровнях: повышаются возможности контроля применением бюджетных средств; наблюдается более эффективный расход ресурсов, в том числе финансовых; повышается эффективность регуляции качества медицинской помощи; возрастает рентабельность медицинских учреждений; значительно упорядочивается работа регистратур медицинских учреждений [48; 71; 117; 149].

Информатизация здравоохранения в настоящее время позволила перейти на электронный документооборот, формировать электронные библиотеки, организовывать специальные медицинские форумы с целью обмена опытом [68; 101; 185].

Важнейшими направлениями совершенствования системы здравоохранения являются: формирование семейной медицины, по-

вышение доступности и качества работы на амбулаторном уровне, улучшение эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи, что требует комплексного подхода с внедрением самых современных информационных технологий [163; 193].

В настоящее время в процессе внедрения информационных технологий в отечественное здравоохранение происходит смена с хаотичного, нацеленного на решение задач конкретного учреждения, на комплексное, системное использование программных компонентов в охране здоровья населения. Без внедрения информационных технологий в здравоохранение невозможно говорить о современном обеспечении организационно-технологических процессов на уровне медицинских организаций по предоставлению доступной и качественной медицинской помощи населению [35; 167; 184].

Разные страны по-своему решают эти вопросы в зависимости от приоритетности национальных задач в сфере здравоохранения, государственной политики по вопросам информатизации отрасли, а также возможностей финансового и технического обеспечения внедрения информационных технологий. Расходы на внедрение информационных технологий в странах Европы составляют около 4–5 % бюджета здравоохранения [58; 156; 165].

Для оценки применения информационных технологий в здравоохранении зарубежных стран используются два основных показателя: доля населения, пользующегося Интернетом для получения медицинской информации (так, в странах Европы, США и Канаде этот показатель составляет примерно 80 %), и доля врачей первичного звена, пользующихся электронной документацией; в среднем этот показатель составляет: в странах ЕС – около 25 %, в США – 28 %, в Канаде – 65 %, в Дании – 75 %, в Новой Зеландии – 90 %, в Нидерландах – 97 %. Введение электронного документооборота, по последним данным, позволило уменьшить административные расходы учреждений здравоохранения более чем в два раза. [96; 138; 142].

К основным направлениям развития и внедрения информационных технологий в систему здравоохранения можно отнести следующие: разработка и внедрение единых стандартов, классификаторов, правил идентификации и авторизации; обеспечение легитимности электронных документов и электронных цифровых подписей при международном информационном обмене документами; совер-

шенное, законодательно регламентированное нормативно-правовое обеспечение технологий централизованного сбора и хранения электронных медицинских документов, а также авторизованного доступа к персональным данным с использованием электронных карт пациентов; внедрение электронных систем ведения и учета врачебных назначений [31; 45; 164].

Также выделяют следующие направления: разработка систем поддержки врачебных решений с использованием формализованного электронного представления клинических протоколов и правил; внедрение беспроводных технологий совместно с современными протоколами шифрования потоковых данных (смартфоны, планшеты); телемедицина, домашняя телемедицина, Интернет-медицина или Web-медицина; удаленный мониторинг состояния пациентов; дистанционное интерактивное обучение по индивидуальным персонально адаптированным программам; ввод в эксплуатацию технологий голосового распознавания и ввода, штриховых и QR-кодов [37; 146; 171].

Информатизация здравоохранения как отрасли невозможна без развития как информационных технологий, так и информационного общества в целом. В современном постиндустриальном обществе информация стала не только ресурсом массового потребления, но и двигателем экономики [109; 163; 175; 181].

В настоящее время в здравоохранении при внедрении информационных технологий можно выделить несколько основных проблем, требующих решения: отсутствие системного характера информатизации в здравоохранении; имеющаяся нормативно-правовая база требует совершенствования; отсутствуют единые информационные стандарты; на уровнях начиная региональным и заканчивая отдельным медицинским учреждением, внедряются различные информационные системы, не позволяющие интегрировать все информационные потоки в единую среду [52; 87; 162].

К ключевым направлениям развития информатизации здравоохранения относятся: создание и внедрение системы персонифицированного учёта оказанных медицинских услуг, которая позволит оптимизировать планирование и финансирование медицинских учреждений; внедрение на её основе единых медико-экономических стандартов, которые будут гарантировать каждому пациенту необходимый объём и качество оказываемой медицинской помощи;

внедрение «универсальных» электронных карт болезни, которые позволят каждому пациенту получать, хранить и передавать персонифицированную медицинскую информацию, независимо от того, в каких медицинских организациях он проходил лечение [85; 173; 139].

При решении поставленных задач должна учитываться возможная угроза утечки и разглашения персональных данных. Поэтому необходима максимальная защита информации с применением парадигмы сужения информационного потока: чем выше уровень интеграции, тем более обезличенными должны собираться данные [49; 57; 88; 110].

В Российской Федерации правовое регулирование отношений в сфере информационных технологий и защиты информации базируется на строго сформулированных принципах: свобода поиска, передачи, получения, создания и распространения информации любыми не ограниченными законом способами; ограничение доступа к информации может быть осуществлено соответствующими федеральными законами; открытость, прозрачность и свободный доступ для всех граждан к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления, за исключением случаев, ограниченных федеральными законами; полное равноправие всех языков народов Российской Федерации при создании информационных систем, информации; обеспечение национальной безопасности при создании информационных систем, их эксплуатации и защите информации в них содержащейся; неприкосновенность частной жизни гражданина, недопустимость без согласия гражданина сбора, хранения, использования и распространения информации о его частной жизни [84; 161].

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предпосылки к рабочей гипотезе исследования:

– недостаточный уровень информированности населения о деятельности о профилактической работе с детьми раннего возраста в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению;

– желание родителей минимизировать контакты с болеющими детьми в поликлинике;

– низкая активность родителей детей раннего возраста в профилактических мероприятиях;

– территориальная удаленность некоторых поликлиник от места проживания семьи с ребенком раннего возраста;

– высокий уровень информационной грамотности населения и достаточный уровень информатизации здравоохранения.

Гипотеза исследования:

Низкий уровень посещения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, с профилактической целью родителями детей раннего возраста обусловливает необходимость совершенствования организации профилактической работы на основе современных информационных технологий.

Методы реализация гипотезы исследования:

– определение основных участников процесса совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста;

– разработка и внедрение модели электронного кабинета здорового ребенка;

– оценка эффективности деятельности электронного кабинета здорового ребенка.

2.1 Объект и методы исследования

Новосибирск – третий по численности населения город в России, является административным центром Сибирского федерального округа, Новосибирской области и входящего в её состав Новосибирского района. Торговый, деловой, культурный, промышленный, транспортный и научный центр федерального значения (численность населения составляет 1602915 человек).

Структура населения: население моложе трудоспособного возраста – (14,0%), население трудоспособного возраста – (63,8 %), население старше трудоспособного возраста – (22,2 %). Доля мужчин 45,3 %, доля женщин – 54,7 %.

Занятость населения г. Новосибирска по отраслям народного хозяйства распределилась следующим образам: промышленность – 25,5 %; торговля, сбыт и заготовки – 14,3 %; образование – 9,8 %; здравоохранение, физкультура и социальное обеспечение – 9,0 %; транспорт – 7,6 %; строительство – 6,2 %; управление – 5,8 %; наука и научное обслуживание – 4,9 %; прочие виды деятельности сферы нематериального производства – 4,7 %; прочие виды деятельности сферы материального производства – 4,3 %; ЖКХ, бытовое обслуживание – 3,1 %; связь – 2,7 %; культура, искусство – 1,9 %.

Объект исследования определялся с учетом необходимости изучения социально-гигиенических аспектов организации кабинета здорового ребенка.

При выборе объекта исследования исходили из того, что изучение организации кабинета здорового ребенка на амбулаторном уровне необходимо проводить с позиций системного подхода, как единого целого.

Объект исследования

Система организации профилактической работы с детьми раннего возраста в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне.

Предмет исследования

Технология формирования и предоставления информационных материалов профилактической направленности родителям детей раннего возраста.

Единицы наблюдения:

– родители детей раннего возраста;

– врачи-педиатры участковые;

– руководители (главные врачи и их заместители) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне.

Базами исследования явились 24 медицинских организаций, оказывающих педиатрическую помощь в городе Новосибирске: городские поликлиники №№ 2, 7, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 28, 29; городская клиническая поликлиника № 1; клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27; детские городские поликлиники № 1, № 3; детская поликлиника ГКБ № 19, ГКБ № 25, ГБ № 3, ГБ № 4; поликлинические отделения детских городских клинических больниц №№ 1, 4, 6; педиатрическое отделение консультативно-диагностической поликлиники № 2 и ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики».

2.2 Комплексная методика социально–гигиенического исследования

С целью совершенствования организации профилактической работы с детьми раннего возраста в амбулаторных медицинских организациях разработана комплексная методика социально-гигиенического исследования данной проблемы. Настоящее исследование проводилось с использованием ретроспективного анализа, статистического, социологического и формально-юридического (с элементами методов научного толкования права) методов, SWOT-анализа, а также организационного моделирования. Исследование проводилось период с 2013 по 2017 гг. и включало в себя четыре этапа (Таблица 1).

На первом этапе обоснованы цель и задачи исследования, разработана программа исследования, проведен анализ литературных источников.

На втором этапе были проведены анализ статистических данных Медицинского информационно-аналитического центра Новосибирской области за период с 2007 по 2016 гг.; социологический опрос

родителей детей раннего возраста, врачей-педиатров участковых, руководителей медицинских организаций и SWOT-анализ.

На третьем этапе выполнен анализ полученного в результате обработки статистического и социологического видов исследования.

На четвертом этапе разработана и внедрена модель электронного кабинета здорового ребенка и разработана методика по оценке её эффективности.

Таблица 1 – Программа, объект, материал и методы исследования

ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	МЕТОДЫ	ИСТОЧНИКИ/ ОБЪЕМ
I этап СОСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ И ПЛАНА ИССЛЕДОВАНИЯ 2013 г.		
Обоснование цели и задач, разработка программы Анализ литературных источников и статистических данных	Ретроспективный анализ Статистический	Литературные источники Статистические данные
II этап СБОР МАТЕРИАЛА 2013–2014 гг.		
Анализ статистических данных МИАЦ Новосибирской области, социологический опрос родителей детей раннего возраста, социологический опрос врачей-педиатров участковых, социологический опрос руководителей медицинских организаций и SWOT-анализ	Статистический Социологический Стратегическое планирование	Статистические данные (формы №12, №30, №3-у/пед, №39) Авторские анкеты для родителей детей раннего возраста (400) Авторские анкеты для врачей-педиатров участковых (80) Авторские анкеты для руководителей медицинских организаций (86) Факторы внутренней и внешней среды (уровень информатизации медицинских организаций и компьютерная грамотность населения)

Продолжение таблицы

III этап РАЗРАБОТКА МАТЕРИАЛА 2014 г.		
Анализ материала, полученного в результате обработки статистического и социологического видов исследования	Аналитический	Доклады, публикации, статей
IV этап АНАЛИЗ, ВЫВОДЫ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ 2014– 2017 гг.		
Разработка методики совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста	Аналитический	Участники организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста
Разработка и внедрение модели электронного кабинета здорового ребенка и методики оценки её эффективности	Организационное моделирование Социологический Экспертная оценка	Модель электронного кабинета здорового ребенка Авторские анкеты для родителей детей раннего возраста (200) Авторские анкеты для врачей-педиатров участковых (50) Экспертные карты (20)

2.3 Статистический метод

В ходе исследования проведён анализ статистических данных Медицинского информационно-аналитического центра Новосибирской области в г. Новосибирске за период с 2007 по 2016 гг. Проведен анализ учетной формы № 12 (показателей общей рождаемости, общей смертности и естественного прироста), анализ общей и первичной детской заболеваемости, а также анализ учетной формы № 30 (сведения о медицинской организации), учетной формы № 30/у-пед (паспорт врачебного участка (педиатрического), учетной форма № 39/у-0 (ведо-

мость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому).

Проведен анализ количества и структурной принадлежности государственных медицинских организаций города Новосибирска, оказывающих педиатрическую помощь на амбулаторном уровне.

Анализ основных показателей деятельности амбулаторных медицинских организаций, оказывающих педиатрическую помощь – такие как число педиатрических участков, количество врачей-педиатров участковых, укомплектованность физическими лицами (врачи-педиатры участковые), число посещений (в поликлинике и на дому).

2.4 Социологический метод

Весь объём программы социологического метода исследования включают изучение вопросов, соответствующих задачам исследования. Объем минимальной репрезентативной выборочной совокупности при социологических опросах определялся по В.И. Паниотто [158].

В. И. Паниотто приводит следующие расчеты репрезентативной выборки с допущением 5-процентной ошибки (Таблица 2).

Таблица 2 – Расчеты репрезентативной выборки с допущением 5-процентной ошибки

Объем генеральной совокупности	500	1000	2000	3000	4000	5000	10000	100000
Объем выборки	222	286	333	350	360	370	385	358

Для совокупности более 100000 выборка составляет 400 единиц. Если же учитывать генеральные совокупности численностью от 5 тыс. и больше, то, по расчетам В. И. Паниотто можно указать величины фактической ошибки выборки в зависимости от ее объема, что для нас наиболее ценно, памятуя, что величина; допустимой ошибки зависит от цели исследования и необязательно должна приближаться к 5-процентному уровню (Таблица 3).

Таблица 3 – Фактическая ошибка при определенном объеме выборки

Выборка, человек	25	45	100	123	156	204	400	625…
Фактическая ошибка при данном объеме выборки, %	20	15	10	9	8	7	5	4

2.4.1 Социологический опрос родителей детей раннего возраста

С целью определения готовности родителей детей раннего возраста к применению профилактических программ по вопросам ухода, питания и воспитания в электронном формате был проведен социологический опрос 400 родителей, обратившихся в амбулаторную медицинскую организацию.

Среди опрошенных было 20,3 % мужчин, 79,7 % женщин. Средний возраст респондентов составил 27 лет. По социальному положению респонденты распределились следующим образом: студенты высшего профессионального образовательного учреждения – 34,7%, рабочие – 29,7 %, служащие – 22,3 %, учащиеся среднего образовательного учреждения – 6,3 %, безработные – 5,5 %, пенсионеры – 1,5 %.

В процессе социологического опроса респондентам предлагалось ответить в анкете на вопросы относительно:

– причин обращения родителей детей раннего возраста к врачу-педиатру участковому;

– оценки состояние здоровья своего ребенка;

– причин выбора конкретной государственной медицинской организации;

– дней обращения в случае заболевания ребенка в различные временные промежутки;

– частоты посещения кабинет здорового ребенка;

– выполнения рекомендаций врачей педиатров участковых по профилактики здоровья ребенка, течению заболевания и методам лечения;

– степени выраженности вопросов, возникающих у родителей детей в возрасте до трех лет;

– возникновения в той или иной степени вопросы по уходу, питанию и развитию детей раннего возраста возникают у знакомых молодых родителей;

– посещения каких-либо курсов по уходу, питанию и развитию детей до трех лет;

– удовлетворенности родителей детей раннего возраста (в баллах) источниками для получения информации по уходу, питанию и воспитанию;

– определения наиболее оптимальных видов восприятия информации;

– времени использования информационных технологий;

– возможности и кратности выхода в сеть Интернет;

– доступности в Интернете информации по уходу, питанию и развитию;

– уровня знания иностранного языка для анализа зарубежных сайтов;

– количества сайтов для поиска ответов на интересующие вопросы по уходу, питанию, воспитанию;

– среднего времени, затраченного на поиск информации в Интернете;

– степени сомнения информации, найденной в Интернете;

– готовности родителей детей раннего возраста посещать специальный сайт с информацией по уходу, питанию, воспитанию.

2.4.2 Социологический опрос врачей–педиатров участковых

С целью определения современного состояния профилактической работы с детьми раннего возраста и определения направления ее совершенствования был проведен социологический опрос 80-и врачей-педиатров участковых. Среди опрошенных было 93,7 % женщин. Средний возраст респондентов составил 42 года. Средний стаж работы опрошенных врачей-педиатров участковых составляет 18 лет.

В процессе социологического опроса респондентам предлагалось ответить в анкете на вопросы относительно:

– необходимости совершенствования организации педиатрической помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь;

– регулярности ознакомления со специализированной медицинской литературой по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста;

– участия в научных конференциях и семинарах по проблемам ухода, питания и воспитания детей раннего возраста;

– частоты обращения родителей детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания во время приема в поликлинике;

– наличия времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания;

– мнения о том, что профилактическая работа с детьми раннего возраста позволит снизить первичную заболеваемость, предупредить осложнения и повысить уровень воспитания навыков здорового образа жизни;

– наличия времени проводить профилактическую работу с детьми раннего возраста;

– целесообразности предоставления родителям детей раннего возраста информации по уходу, питанию и воспитанию через специальный электронный портал;

– готовности родителей детей раннего возраста получать информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном виде;

– готовности применять дистанционное консультирование в своей практике;

– доли родителей, которые предпочитают иные ресурсы, нежели получение информации непосредственно от врачей-педиатров участковых.

2.4.3 Социологический опрос руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне

С целью изучения мнения руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне, о внедрении информационных технологий в профилактическую работу врачей-педиатров участковых с детьми раннего возраста был проведен социологический опрос 86 главных врачей и их заместителей по медицинской работе. Среди опрошенных было 68,6 % женщин. Средний возраст респондентов составил 53 года. Средний стаж работы на руководящей должности составляет 15 лет. Высшую категорию по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» имеют 48,8 % опрошенных

руководителей, первую категорию – 31,4 %, вторую – 15,2 %, без категории – 4,6 % руководителей.

В процессе социологического опроса респондентам предлагалось ответить в анкете на вопросы относительно:

– уровня информатизации сферы здравоохранения и населения РФ для введения кабинета здорового ребенка и консультирования родителей;

– готовности врачей-педиатров оказывать квалифицированную консультативную помощь дистанционно;

– способности электронного кабинета здорового ребенка конкурировать с множеством непрофессиональных информационных источников в Интернете;

– уровня материально-технической базы сферы здравоохранения;

– возможности повышения медицинской грамотности населения путем внедрения электронного портала с возможностью получения консультаций дистанционно;

– уровня профилактической работы с детьми раннего возраста в медицинских учреждениях;

– экономической целесообразности введения электронного портала;

– влияния электронного портала на качество оказания медицинской помощи и качество профилактической работы с детьми раннего возраста;

– уровня доверия родителей к официальному медицинскому электронному ресурсу;

– квалификации врачей-педиатров участковых для возможности удаленных консультаций родителей детей раннего возраста;

– отношения врачей-педиатров участковых к внедрению электронного портала.

2.4.4 SWOT–анализ обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информационных технологий

С целью обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информа-

ционных технологий проведен SWOT-анализ по методике Д. Нортона и У. Каплана с изучением технического и социального аспектов, который позволил определить [67]:

– преимущества (сильные стороны);

– недостатки (слабые стороны);

– возможности решения проблем;

– угрозы ухудшения ситуации под воздействием внешних факторов.

А также позволил определить:

– стратегии расширения внутренних возможностей на основе использования преимуществ (сильных сторон);

– стратегии преодоления недостатков (слабых сторон) путем использования внутренних возможностей;

– стратегии снижения угроз путем использования преимуществ;

– стратегии устранения (ослабления) недостатков для снижения угроз.

2.4.5 Социологический опрос родителей детей раннего возраста с целью оценки эффективности внедрения электронного кабинета здорового ребенка

После внедрения электронного кабинета здорового ребенка было проведено социологическое исследование с целью оценки его эффективности. Социологический опрос проводился методом анкетирования на приеме у врача-педиатра участкового, опрошено 200 человек. Респондентам предлагалось ответить на вопросы относительно:

– источника получения информация об электронном кабинете здорового ребенка;

– удобства использования электронного кабинета здорового ребенка;

– использования рекомендаций, полученных в электронном кабинете здорового ребенка;

– необходимости респондентам посещения сторонних сайтов после ознакомления с электронным кабинетом здорового ребенка;

– повышения уровня знаний родителями по профилактике;

– рекомендаций респондентами использования электронного

кабинета здорового ребенка своим знакомым, имеющим детей раннего возраста;

– необходимости посещения врача-педиатра участкового с профилактической целью.

2.4.6 Социологический опрос врачей–педиатров участковых с целью оценки эффективности внедрения электронного кабинета здорового ребенка

После внедрения электронного кабинета здорового ребенка было проведено социологическое исследование с целью оценки его эффективности. Социологический опрос проводился методом анкетирования, опрошено 50 человек. Респондентам предлагалось ответить на вопросы относительно:

– удобства для использования структуры электронного кабинета здорового ребенка;

– готовности родителей детей раннего возраста получать информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном кабинете здорового ребенка;

– рекомендаций родителям детей раннего возраста посещать электронный кабинет здорового ребенка;

– необходимости родителям детей раннего возраста кроме электронного кабинета здорового ребенка посещать другие сайты для решения вопросов медицинской профилактики;

– повышения уровня знаний родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики при работе с электронным кабинетом здорового ребенка.

2.4.7 Экспертная оценка внедрения электронного кабинета здорового ребенка

С целью оценки эффективности внедрения электронного кабинета здорового ребенка проведена экспертная оценка 20-ю руководителями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне. Экспертам была предоставлена экспертная карта с критериями оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка, в которой следовало

расставить ранговые места по степени важности от 1 (самое важное качество) до 9 (наименее важное) [113].

Критерии оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка:

– оптимизация системы профилактической работы с детским населением на региональном уровне;

– повышение грамотности населения в вопросах медицинской профилактики;

– повышение доверия населения государственному сектору здравоохранения;

– повышение компетентности врачей-педиатров участковых в вопросах медицинской профилактики;

– повышение ответственности родителей за сохранение здоровья детей;

– повышение уровня организации профилактической работы врачей-педиатров участковых;

– снижение количества обращений к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики;

– формирование единой системы профилактической работы с детьми раннего возраста на региональном уровне;

– Ваш вариант ответа.

ГЛАВА III

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. НОВОСИБИРСКА

При анализе показателей общей рождаемости, общей смертности за период с 2007 по 2016 гг. отмечается увеличение показателей общей рождаемости (с 10,5 до 14,2 на 1000 населения), снижение показателей общей смертности (с 13,9 до 13,1 на 1000 населения), также важно отметить, что за последние 10 лет в Новосибирске наблюдается положительная динамика естественного прироста населения с отрицательного значения (- 3,4 на 1000 населения) в 2007 году до положительного значения (1,1 на 1000 населения) (Таблица 4).

Таблица 4 – Общая рождаемость, общая смертность и естественный прирост (г. Новосибирск, на 1000 населения) за период с 2007 по 2016 гг.

Годы	**Показатели**		
	Общая рождаемость	**Общая смертность**	**Естественный прирост**
2007	10,5	13,9	-3,4
2008	11,7	13,4	-1,7
2009	12,4	12,9	-0,5
2010	12,4	12,4	0,0
2011	12,5	12,2	0,3
2012	13,3	12,2	1,1
2013	13,7	12,1	1,6
2014	13,2	12,3	0,9
2015	13,9	13,1	0,8
2016	14,2	13,1	1,1

Медицинская помощь детскому населению на амбулаторном уровне в городе Новосибирске предоставляется в 24 медицинских организациях, амбулаторного типа во всех 10 районах города. Общее количество педиатрических участков – 338, на которых работают 300 врачей-педиатров участковых. Средняя укомплектованность физическими лицами на педиатрических участках составляет 89,7 % (Таблица 5).

Общее число посещений по педиатрической службе составляет 2104498 в год, из них в поликлинике – 1 663 143 и на дому – 441355.

Таблица 5 – Количество педиатрических участков, численность врачей-педиатров участковых и укомплектованность физическими лицами по г. Новосибирску

Наименование МО	**Количество педиатрических участков**	**Численность врачей-педиатров участковых**	**Укомплектованность физическими лицами**
ГБУЗ НСО ДГКБ № 6	17	17	100,0
ГБУЗ НСО ГП № 20	12	12	100,0
ГБУЗ НСО ДГП № 1	26	26	100,0
ГБУЗ НСО КДП № 27	6	6	100,0
ГБУЗ НСО ГКБ № 25	7	7	100,0
ГБУЗ НСО ГБ № 4	7	7	100,0
ГБУЗ НСО ДГП № 3	10	10	100,0
ГБУЗ НСО ДГКБ № 4	26	26	100,0
ГБУЗ НСО ГП № 28	9	9	100,0
ГБУЗ НСО ГБ № 3	9	9	100,0
ГБУЗ НСО ГП № 14	11	11	100,0
ГБУЗ НСО ГП № 29	22	21	95,5
ГАУЗ НСО ГКП № 1	16	15	93,8
ГБУЗ НСО ГП № 17	13	12	92,3
ГБУЗ НСО ДГКБ № 1	13	12	92,3
ГБУЗ НСО КДП № 2	9	8	88,9
ГБУЗ НСО ГКП № 15	14	12	85,7

Продолжение таблицы

ГБУЗ НСО ГП № 13	11	9	81,8
ГБУЗ НСО ГП № 18	24	19	79,2
ГБУЗ НСО ГП № 2	23	18	78,3
ГБУЗ НСО ГП № 22	18	13	72,2
ГБУЗ НСО ГКБ № 19	19	13	65,8
ГБУЗ НСО ГП № 24	6	3	50,0
ГБУЗ НСО ГП № 7	10	5	50,0
Всего	338	300	89,7

Медицинские организации, оказывающие педиатрическую помощь, разделены на 4 группы: детские городские поликлиники, поликлинические отделения детских городских больниц, педиатрические отделения городских клиник и педиатрические отделения городских больниц (Рисунок 1).

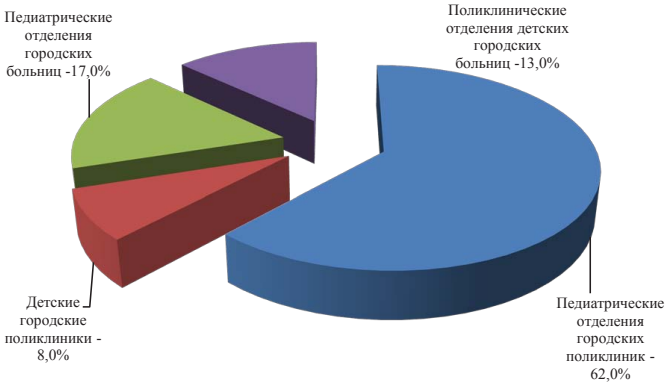

Рисунок 1 – Структура медицинских организаций, оказывающих педиатрическую помощь в городе Новосибирске

Количество педиатрических участков в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, варьирует в пределах от 6 до 26 участков в зависимости от количества прикрепленного детского населения: от 1 до 10 педиатрических участков – в 7 медицинских организациях, от 11 до 20 – в 12 медицинских организациях и более 20 участков – в 5 медицинских организациях (Рисунок 2).

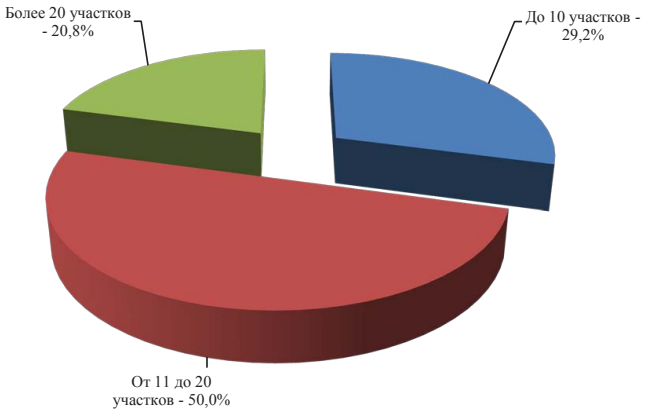

Рисунок 2 – Структура распределения медицинских организаций по количеству педиатрических участков

На 338 педиатрических участках работают 300 врачей-педиатров участковых. Укомплектованность по медицинским организациям варьирует в пределах от 50 % до 100 %. Средняя укомплектованность физическими лицами (врачи-педиатры участковые) составляет 89,7 % (Рисунок 3).

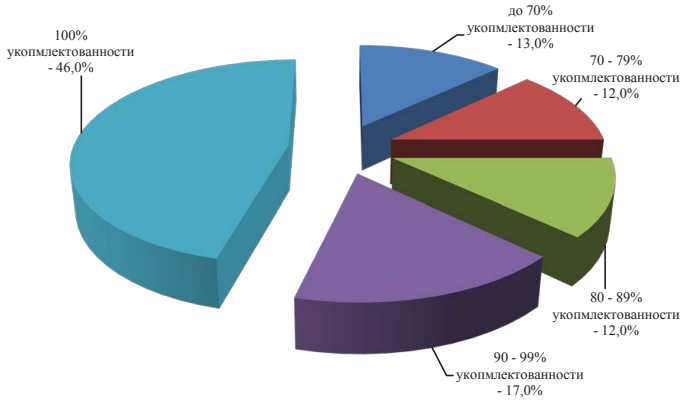

Рисунок 3 – Структура распределения медицинских организаций по укомплектованности врачами-педиатрами

Для детского населения в городе Новосибирске работают 5 центров здоровья, которые организованы в составе: ГБУЗ НСО

«Городская поликлиника № 29» Калининского района, ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница № 6» Дзержинского района, ГБУЗ НСО «Консультативно- диагностическая поликлиника № 2» Советского района, ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 22» Кировского района, ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 19» Первомайского района.

ГЛАВА IV

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ–ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ И SWOT–АНАЛИЗА

4.1 Результаты социологического опроса родителей детей раннего возраста

В результате социологического опроса установлено, что причинами обращения родителей детей раннего возраста к врачу-педиатру участковому (на 100 опрошенных) в 75,5±2,2 % явилось лечение; в 52,5±2,5 % – для профилактического медицинского осмотра; в 46,8±2,5 % – для получения консультации и в 36,3±2,4 % – для получения медицинской документации (справки, направления и др.). Родители оценили состояние здоровья детей следующим образом: очень хорошее – 21,7±2,1 %, хорошее – 43,2±2,5 %, удовлетворительное – 30,5±2,3 %, плохое состояние здоровья детей, по мнению родителей, наблюдается у 4,6±1,0 % детей.

Для большинства (53,7±2,5 %) на 100 опрошенных причиной выбора медицинской организации для медицинского обслуживания ребенка явились хорошие отзывы о медицинской организации, для 49,5±2,5 % родителей – доверие врачам поликлиники, для 43,2±2,5 % – доверие государственному учреждении, для 32,6±2,3 % респондентов – удобное время приема врачей и для 29,2±2,3 % родителей – рекомендации родственников и знакомых.

Большинство родителей (67,5±2,3 %) отметили оптимальную территориальную доступность от дома до поликлиники, 25,5±2,2 % отмечают неудобство маршрута от дома до поликлиники и 7,0±1,3 % затруднились ответить на вопрос о территориальной доступности.

Социологическое исследование показало, что родители детей до трёх лет в случае заболевания ребенка обращаются за медицинской помощью: в первый день от начала заболевания – 46,7±2,5 %; на второй день – 41,3±2,5 %; на третий день – 9,2±1,4 %; на четвертый день и более – 2,8±0,8 %.

Рекомендации врачей-педиатров участковых по вопросам медицинской профилактики являются ценными для большинства (91,0±1,4 %)родителей и 9,0±1,4 % отметили, что рекомендации врачей-педиатров для них не представляют ценности. В большей степени родителей интересуют вопросы относительно питания 74,0± 2,2 % на 100 опрошенных, ухода – 70,0±2,3 % и по развитию ребенка – 69,0±2,3 %. Различные курсы и школы для молодых родителей по вопросам ухода, питания и воспитания детей раннего возраста посетили полностью 22,5±2,1 % родителей, частично прослушали – 34,5±2,4 % и не посещали курсы – 43,0±2,5 %.

В ходе социологического опроса родителей также определено, что наиболее оптимальными вариантами восприятия информации профилактической направленности являются: личная беседа с врачом-педиатром участковым – 64,5±2,4 % (на 100 опрошенных), в электронном виде – 52,0±2,5 %, на бумажном носителе – 34,5±2,4 % и просмотр видеоматериалов – 21,5±2,1 %.

Большинство (89,5±1,5 %) респондентов являются пользователями сети Интернет, при этом 73,3±2,2 % являются пользователями мобильного Интернета, и только 10,5±1,5 % родителей детей раннего возраста не являются пользователями сети Интернет. Кратность выхода в сеть Интернет следующая: каждый день – 77,0±2,2 %, не каждый день – 12,5±0,9 %, не пользуется Интернетом – 10,5±0,7 % респондентов.

Большинство (71,3±2,3 %) родители детей раннего возраста отметили, что испытывают затруднения при поиске информации профилактической направленности по сети Интернет, 24,2±2,1 % родителей достаточно легко находят нужную информацию в сети Интернет по вопросам ухода, питания и воспитания ребенка, а 4,5±1,0 % испытывают серьезные сложности при поиске необходимой информации по сети Интернет.

Поиск информации профилактической направленности на иностранных сайтах осложняется необходимостью достаточно грамот-

ным владением иностранным языком, к примеру, только 14,2±1,7 % респондентам достаточно знаний иностранного языка для получения информации по интересующим их вопросам, имеют определенные затруднения – 23,8±2,1 %, серьезные затруднения встречаются у 32,5±2,3 %, а 29,5±2,3 % родителей не могут получить информацию из-за отсутствия знаний иностранного языка. Для поиска информации по вопросам ухода, питания и воспитания ребенка родителям требуется посещение различного количества сайтов: 17,2±1,9 % – для решения вопроса посещают один сайт, 46,5±2,5 % – от двух до пяти сайтов; 27,3±2,2 % – от шести до десяти сайтов и 9,0±1,4 % – более десяти сайтов (Рисунок 4).

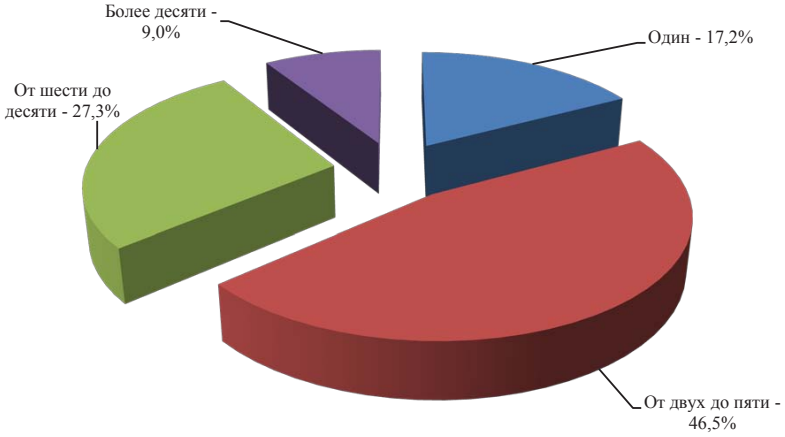

Рисунок 4 – Структура количества требуемых сайтов для ответов на вопросы

Среднее время, затраченное для поиска информации, среди опрашиваемых респондентов весьма различно: 21,8±2,1 % затрачивают до 15 минут; 41,3±2,5 % – от 16 до 30 минут; 27,5±2,2 % – от 31минуты до 1 часа и 9,5±1,5 % затрачивают более часа. Только 20,5±2,0 % респондентов доверяют информации, найденной в Интернете, большинство (74,0±2,2 %) в той или иной степени сомневаются в достоверности найденной информации и 5,5±1,1 % вообще не доверяют. Большинство (85,8±1,7 %) родителей детей до трёх лет готовы посещать специальный электронный ресурс с информацией

профилактической направленности, 11,5±1,6 % родителей – не готовы посещать специальный электронный ресурс и 2,7± 0,8 % затруднились с ответом.

4.2 Результаты социологического опроса врачей–педиатров участковых

Большинство респондентов (68,7+5,2 %) считают, что в настоящее время существует необходимость в совершенствовании организации педиатрической помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь, 18,8±4,4 % врачей-педиатров считают, что больше да, чем нет, 8,7±3,2 % врачей полагают, что больше нет, чем да, 1,3±1,3 % врачей-педиатров участковых считают, что в настоящее время отсутствует необходимость в совершенствовании организации педиатрической помощи и 2,5±1,7 % затруднились ответить.

При этом 58,8±5,5 % врачей-педиатров участковых врачей считают, что совершенствование педиатрической помощи повысит уровень здоровья детей, 18,8±4,4 % врачей-педиатров считают, что больше да, чем нет, 11,3±3,5 % врачей полагают, что больше нет, чем да, 8,7±3,2 % врачей-педиатров участковых врачей считают, что совершенствование педиатрической помощи не повысит уровень здоровья детей и 2,5±1,7 % затруднились ответить.

Регулярно читают специализированную медицинскую литературу по уходу, питанию и воспитанию 26,3±4,9 % врачей-педиатров участковых; иногда читают – 33,7±5,3 %; только перед квалификационным экзаменом – 18,7±4,4 %; читают по необходимости – 12,5± 3,7 % и не читают 8,8±3,2 % анкетируемых.

Всегда принимают участие в научных конференциях и семинарах по проблемам ухода, питания и воспитания детей раннего возраста – 25,0±4,8 % врачей-педиатров участковых, в большинстве случаев – 35,0±5,3 %; иногда – 30,0±5,1 %; не посещают – 10,0± 3,4 % опрошенных.

Более половины (56,3 ±5,5 %) врачей-педиатров участковых отмечают, что к ним часто обращаются родители детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания во время приема в поликлинике; 22,5±4,7 % отметили, что достаточно часто; 8,7±3,2 %

– что редко; 6,2±2,7 % – что достаточно редко и 6,3±2,7 % сообщили о том, что к ним вообще не обращаются родители детей раннего возраста по вопросам профилактики (Рисунок 5).

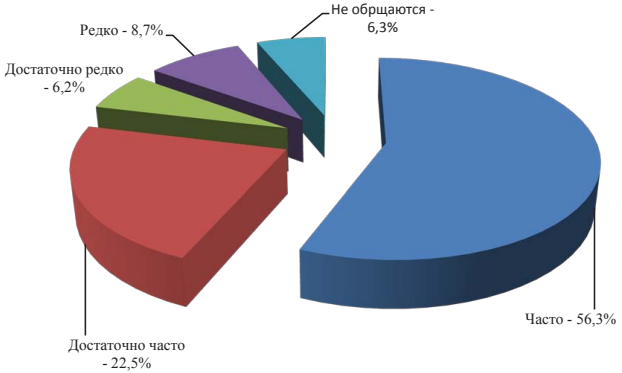

Рисунок 5 – Распределение ответов врачей-педиатров участковых об обращаемости родителей детей раннего возраста по вопросам профилактических мероприятий, в %

Большинство респондентов (82,5±4,2 %) отметили, что у них недостаточно времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания; 3,7±2,1 % врачей-педиатров участковых считают, что им всегда достаточно времени для этого; 11,3±3,5 % – что достаточно, но не всегда и 2,5±1,7 % затруднились ответить.

Также большинство (85,0±4,0 %) врачей-педиатров участковых считают, что профилактическая работа с детьми раннего возраста позволит снизить первичную заболеваемость, предупредить осложнения и повысить уровень воспитания навыков здорового образа жизни; 6,3±2,7 % считают, что больше да, чем нет; 2,5±1,7 % – что больше нет, чем да; 1,2±1,2 % – что не позволит и 5,0±2,4 % затруднились ответить (Рисунок 6).

Более половины (58,8±5,5 %) врачей-педиатров участковых указывают на то, что у них нет времени проводить профилактическую работу с детьми раннего возраста; 26,2±4,9 % опрошенных выделяют на это 1-2 часа в неделю; 10,0±3,4 % – 3-4 часа в неделю; 5,0±2,4 % – 5-6 часов в неделю.

В результате социологического опроса врачей-педиатров участковых установлено, что на 68,7±5,2 % педиатрических участков доля

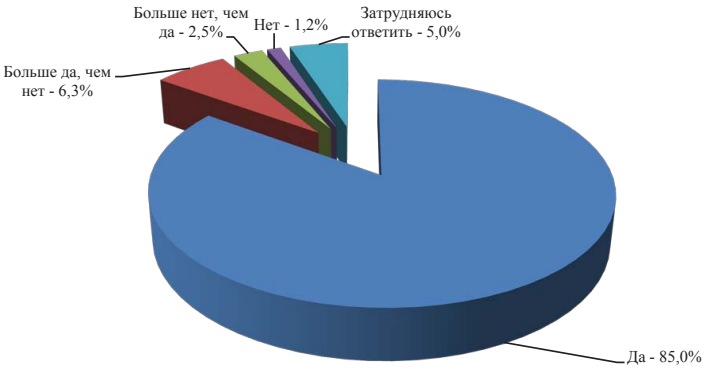

Рисунок 6 – Распределение ответов врачей-педиатров участковых о взаимосвязи профилактической работы с детьми и снижении заболеваемости, в %

родителей, активно посещающих поликлинику с целью решения вопросов по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста, составляет до 25 %. На 7,5±2,9 % участков доля таких родителей составляет – 26–50 %, на 16,3±4,1 % участках их доля составляет 51–75 % родителей и только на 7,5 %±2,9 % участках доля родителей, активно посещающих поликлинику с целью решения вопросов по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста, составляет более 75 % родителей.

Идею предоставления родителям детей раннего возраста информации по уходу, питанию и воспитанию через специальный электронный портал считают целесообразной 72,5±5,0 % опрошенных; считают, что скорее да, чем нет – 13,8±3,9 %; скорее нет, чем да – 8,7±3,2 % считают, что нецелесообразно – 3,8±2,1 % и 1,2±1,2 % затруднились ответить (Рисунок 7).

Около двух третей респондентов (63,8±5,4 %) уверены, что предоставление родителям детей раннего возраста информации по уходу, питанию и воспитанию в электронном виде является методом совершенствования организации педиатрической помощи; 13,7±3,8 % считают, что больше да, чем нет; 7,5±2,9 % – что больше нет, чем да; 5,0±2,4 % считают, что не является и 10,0±3,4 % затруднились ответить.

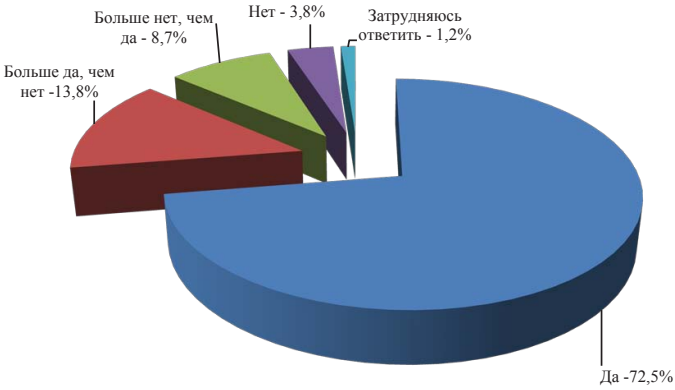

Рисунок 7 –Распределение ответов врачей-педиатров участковых о целесообразности предоставления родителям профилактической информации в электронном виде, в %

Значительное число анкетируемых (40,0±5,5 %) считают, что родители детей раннего возраста готовы получать информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном виде; 30,0±5,1 % считают, что больше да, чем нет, 7,5±2,9 % – что больше нет, чем да; 7,5±2,9 % считают, что не готовы и 15,0±4,0 % затруднились ответить.

Почти 2/3 анкетируемых (62,5±5,4 %) врачей-педиатров участковых готовы применять дистанционное консультирование в своей практике (да – 36,8 ±5,4 %; больше да, чем нет – 25,7±4,9 %); 20,0± 4,5 % респондентов затруднились определиться со своей готовностью; 12,5±3,7 % считают, что больше не готовы, чем готовы и 5,0± 2,4 % считают себя не готовыми к использованию дистанционного консультирования в своей деятельности.

По мнению тех же 2/3 (63,8±5,4 %) врачей-педиатров участковых, дистанционное консультирование родителей является методом укрепления здоровья детей, 10,0±3,4 % считают, что больше да, чем нет; 7,5±2,9 % считают, что больше нет, чем да, 3,7±2,1 % не считают, что дистанционное консультирование родителей является методом укрепления здоровья детей и 15,0±4,0 % затруднились ответить.

Значительное большинство респондентов (71,3±5,4 %) считают, что внедрение специального информационного портала позволит

улучшить профилактику заболеваемости у детей раннего возраста (да – 36,3±5,3 %; больше да, чем нет – 35,0±5,1 %); 11,2±3,5 % считают, что больше нет, чем да; 7,5±2,9 % считают, что не позволит и 10,0± 3,4 % затруднились ответить.

Социологический опрос показал, что только 13,8±3,9 % врачей-педиатров участковых готовы являться соавторами информационных материалов профилактической направленности, размещаемых на портале для родителей детей раннего возраста с целью поиска информации профилактической направленности, 10,0± 3,4 % врачей-педиатров участковых считают, что больше да, чем нет, 11,2±3,5 % считают, что больше нет, чем да, 43,8±5,5 % врачей-педиатров участковых не готовы являться соавторами информационных материалов профилактической направленности и 21,2±4,6 % затруднились ответить.

Среди опрошенных, 35,0±5,3 % врачей отмечают, что существует категория родителей, которые предпочитают иные ресурсы, нежели информация непосредственно от врачей-педиатров участковых; 27,6±5,0 % считают, что скорее да, чем нет; 13,7±3,8 % – скорее нет, чем да; 8,7±3,2 % не существует такой категории родителей и 15,0±4,0 % врачей затруднились ответить.

Таким образом, подавляющее большинство врачей-педиатров участковых (87,5±3,7 %) считают, что в настоящее время существует необходимость в совершенствовании организации педиатрической помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь. При этом 77,5±4,7 % респондентов считают, что совершенствование педиатрической помощи повысит уровень здоровья детей. Более половины (56,3±5,5 %) врачей-педиатров участковых отмечают, что к ним часто обращаются родители детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания во время приема в поликлинике. Большинство респондентов (82,5±4,2 %) отметили, что у них недостаточно времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания. Идею предоставления родителям детей раннего возраста информации по уходу, питанию и воспитанию через специальный электронный портал считают целесообразной 72,5±5,0 % опрошенных. Почти 2/3 анкетируемых (62,5±5,4 %) врачей-педиатров готовы применять

дистанционное консультирование в своей практике. Большинство респондентов (71,3±5,1 %) считают, что внедрение специального информационного портала позволит улучшить профилактику заболеваемости у детей раннего возраста.

4.3 Результаты социологического исследования руководителей медицинских организаций

Более половины руководителей (52,3±5,4 %) считают, что уровень информатизации здравоохранения и населения достаточен для внедрения электронного кабинета здорового ребенка; 22,1±4,5 % считают, что больше да, чем нет; 9,3±3,1 % – больше нет, чем да; 9,3±3,1 % – что недостаточен и 7,0±2,8 % затруднились ответить (Рисунок 8).

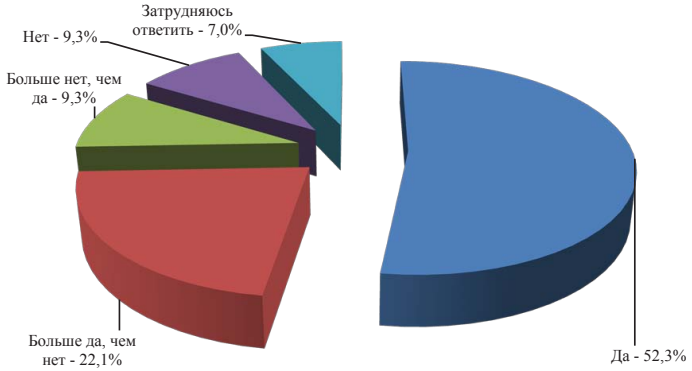

Рисунок 8 –Распределение ответов руководителей об уровне информатизации здравоохранения и населения, в %

Большинство анкетируемых (75,5±4,6 %) считают, что врачи-педиатры участковые готовы оказывать консультативную помощь дистанционно через электронный кабинет здорового ребенка; 16,4±4,0 % считают, что не готовы и 8,1±2,9 % затруднились ответить.

По мнению 84,8±3,9 % опрошенных, дистанционное консультирование родителей детей раннего возраста сравнительно с личной консультацией на приеме у специалиста будет более эффективным, а, по мнению 11,7±3.5 % будет менее эффективным, 3,5±2,0 % затруднились с ответом.

Большинство (61,6±5,2 %) анкетируемых считают, что электронный кабинет здорового ребенка способен конкурировать с информационными источниками в Интернете; 12,8±3,6 % считают, что больше да, чем нет; 5,8±2,5 % – больше нет, чем да; 7,1±2,8 % – что не способен конкурировать и 12,7±3,6 % затруднились ответить.

Достаточной материально-техническую базу системы здравоохранения для осуществления данного проекта считают 54,6± 5,4 % опрошенных; 36,0±5,2 % считают, что больше да, чем нет; 1,7± 1,4 % – больше нет, чем да; 3,4±2,0 % –недостаточной и 4,3±2,2 % затруднились ответить.

Существенная часть анкетируемых (43,0±5,3 %) считает, что внедрение электронного кабинета здорового ребенка повысит медицинскую грамотность населения; 22,1±4,5 % считают, что больше да, чем нет; 13,9±3,7 % – больше нет, чем да; 10,4±3,3 % считают, что не повысит и 10,6±3,3 % затруднились ответить.

Более 1/3 руководителей медицинских организаций (37,3±5,2 %) считают, что внедрение электронного кабинета здорового ребенка не будет способствовать повышению обращаемости к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам профилактической направленности, 22,1±4,5 % руководителей, считают, что больше нет, чем да, 15,1±3,9 % руководителей считают, что больше да, чем нет, 8,1±2,9 % руководителей считают, внедрение электронного кабинета здорового ребенка будет способствовать повышению обращаемости к врачам-педиатрам участковым и 17,4± 4,1 % затруднились ответить.

По мнению 39,5±5,3 % руководителей медицинских организаций, профилактическая помощь с детьми раннего возраста в медицинских организациях является эффективной; 10,5±3,3 % считают, что больше да, чем нет; 44,2±5,4 % – что больше нет, чем да; 4,6± 2,3 % считают неэффективной и 1,2±1,2 % затруднились ответить.

По мнению 36,1±5,2 % руководителей, внедрение электронного кабинета здорового ребенка не потребует увеличения численности медицинского и технического персонала для его обслуживания, 25,6±4,7 % руководителей считают скорее нет, чем да, 5,8±2,5 % руководителей считают скорее да, чем нет, по мнению 4,6±2,3 % руководителей внедрение электронного кабинета здорового ребенка потребует увеличения численности медицинского и технического

персонала для его обслуживания и 27,9±4,8 % затруднились ответить.

По мнению 71,0±4,9 % опрошенных, дистанционная консультация родителей детей раннего возраста врачом-педиатром участковым через Интернет выполняет функцию кабинета здорового ребенка в поликлинике; 12,8±3,6 % считают, что не выполняет и 16,2±4,0 % затруднились ответить.

В том, что введение электронного кабинета здорового ребенка положительно повлияет на качество оказания медицинской помощи уверены 58,1±5,3 % руководителей; 36,8±5,2 % считают, что не повлияет; 1,7±1,4 % полагают, что повлияет отрицательно и 3,4±2,0 % затруднились ответить (Рисунок 9).

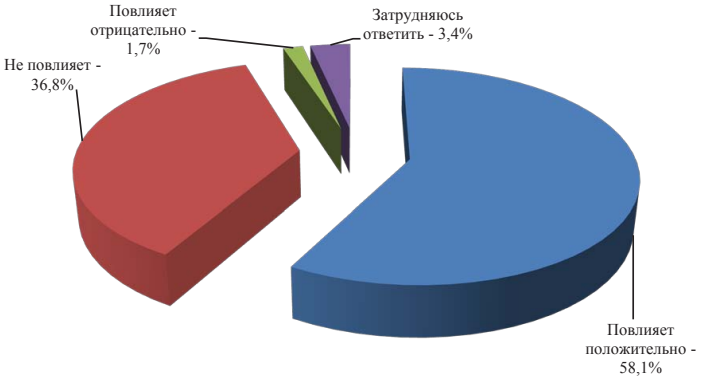

Рисунок 9 –Распределение ответов руководителей о влиянии электронного кабинета здорового ребенка на медицинскую грамотность населения, в %

Немногим более половины (51,2±5,4 %) анкетируемых считают, что внедрение электронного кабинета здорового ребенка позволит повысить качество профилактической работы с детьми раннего возраста; 31,4±5,0 % считают, что больше да, чем нет; 9,3±3,1 % – что больше нет, чем да; 3,4±2,0 % – что не повысит и 4,7±2,3 % – затруднились ответить.

Существенная часть респондентов (43,0±5,3 %) считает, что уровень доверия родителей к электронному кабинету здорового ребенка, включающему возможность дистанционных консультаций со специалистами, методическую информацию по уходу, питанию, профилактике заболеваний будет достаточен; 30,2±5,0 % считают,

что больше да, чем нет; 7,0±2,8 % – что больше нет, чем да; 7,0±2,8 % – что недостаточен и 12,8±3,6 % затруднились ответить (Рисунок 10).

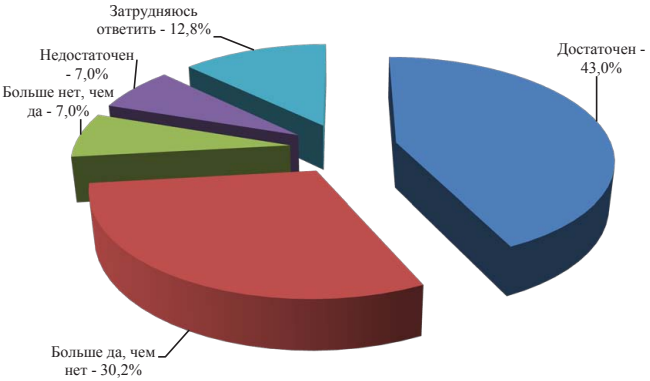

Рисунок 10 – Распределение ответов руководителей об уровне доверия родителей к электронному кабинету здорового ребенка

В результате социологического опроса руководителей определено, что 37,2±5,2 % считают, что у врачей-педиатров участковых не достаточно квалификация для дистанционного консультирования родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики, 19,9±4,3 % руководителей считают, что больше нет, чем да, 4,6±3,3 % – что больше да, чем нет, 5,8±2,5 % полагают, что у врачей-педиатров участковых достаточно квалификация для дистанционного консультирования родителей и 32,5±5,1 % затруднились ответить.

Большинство (58,1±5,3 %) руководителей считают, что к внедрению электронного кабинета здорового ребенка врачи-педиатры участковые отнесутся положительно; 16,3±4,0 % – нейтрально, 17,4±4,1 %. – отрицательно и 8,2±3,0 % затруднились ответить.

Более 2/3 респондентов (69,7±5,0 %) считают, что в настоящее время в той или иной степени существует необходимость в совершенствовании профилактической работы с детьми раннего возраста, 16,3±4,0 % опрошенных не отмечают такой необходимости и 14,0± 3,7 % затруднились ответить.

Резюме. Большинство (69,7±5,0 %) руководителей медицинских организаций высказываются за необходимость в совершенствовании профилактической работы с детьми раннего возраста.

Более половины руководителей (52,3±5,4 %) считают, что уровень информатизации здравоохранения и населения достаточен для введения электронного кабинета здорового ребенка, при этом 75,5± 4,6 % анкетируемых считают, что врачи-педиатры участковые готовы оказывать консультативную помощь дистанционно через электронный кабинет здорового ребенка. По мнению 69,7±5,0 % опрошенных дистанционное консультирование родителей детей раннего возраста сравнительно с личной консультацией на приеме у специалиста будет более эффективным.

4.4 SWOT–анализ обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информационных технологий

С целью обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информационных технологий проведен SWOT-анализ с изучением технического и социального аспектов (Таблица 6).

Таблица 6 – Базовая матрица SWOT-анализа

SWOT – анализ	S – преимущества (сильные стороны)	W – недостатки (слабые стороны)
O – возможности решения проблем	SO – стратегии расширения внутренних возможностей на основе использования преимуществ (сильных сторон)	WO – стратегии преодоления недостатков (слабых сторон) путем использования внутренних возможностей
T – угрозы ухудшения ситуации под воздействием внешних факторов	ST – стратегии избежания угроз путем использования преимуществ	WT – стратегии устранения (ослабления) недостатков для избежания угроз

Технический аспект

S – преимущества (сильные стороны):

1) Информационные технологии в управлении медицинскими организациями постоянно расширяются, увеличивается количество

персональных компьютеров и компьютерных программ, повышается эффективность телекоммуникационных возможностей и систем обработки, хранения и передачи данных;

2) Современный доступ к основным медицинским информационным системам по каналам сети Интернет позволяет врачам-педиатрам участковым оперативно проводить мероприятия по различным видам деятельности медицинской организации, в том числе по профилактической работе;

3) Наличие специализированных серверов обработки медицинской информации и квалифицированного технического персонала;

4) Наличие доступа у врачей-педиатров участковых к базам данных медицинских организаций в режиме реального времени;

5) Возможность совместимости и интеграции различных баз данных;

6) Достаточный уровень укомплектованности медицинских организаций персональными компьютерами рабочих мест врачей-педиатров участковых.

W – недостатки (слабые стороны):

1) Высокая стоимость персональных компьютеров и программного обеспечения;

2) Недостаточная стандартизация процессов управления в структурных подразделениях медицинской организации;

3) Необходимость совершенствования технологии заполнения медицинской документации в медицинской организации;

4) Отсутствие в медицинской организации достаточного количества квалифицированного технического персонала для обслуживания компьютерной техники.

O – возможности решения проблем:

1) Дальнейшее совершенствование информационной инфраструктуры медицинской организации;

2) Организация технического контроля функционирования информационных систем в медицинской организации.

SO – стратегии расширения внутренних возможностей на основе использования преимуществ (сильных сторон):

1) Оптимизация медицинской информационной системы с целью использования всем персоналом медицинской организации;

2) Поддерживание информационно-технического оснащения медицинской организации на должном уровне;

3) Организация системы мониторинга функционирования информационных систем в медицинской организации.

WO – стратегии преодоления недостатков (слабых сторон) путем использования внутренних возможностей:

1) Использование серверов для хранения и обработки данных медицинской организации;

2) Использование современных систем защиты информационных ресурсов;

3) Совершенствование мониторинга и контроля работоспособности информационных систем в медицинской организации.

T – угрозы ухудшения ситуации под воздействием внешних факторов:

1) Зависимость работы информационных систем в медицинской организации от каналов связи;

2) Возможные сбои и отказы работоспособности технического оборудования и программного обеспечения.

ST – стратегии избегания угроз путем использования преимуществ:

1) Внедрение современных беспроводных каналов передачи информации;

2) Применение современных технологий по защите информации на серверах.

WT – стратегии устранения (ослабления) недостатков для предотвращения угроз:

1) Использование современных беспроводных каналов передачи информации;

2) Использование специально разработанных антивирусных программ защиты информационных систем в медицинской организации.

Социальный аспект

S – преимущества (сильные стороны):

1) Доступность информационных систем для большого числа пользователей;

2) Повышение уровня профессиональных знаний врачей-педиатров участковых по вопросам медицинской профилактики;

3) Возможность централизованного внедрения информационной системы профилактической направленности в медицинских организациях.

W – недостатки (слабые стороны):

1) Большое количество врачей-педиатров участковых старших возрастных групп, не владеющих и не желающих осваивать современные информационные технологии;

2) Удаленность медицинских организаций для части прикрепленного населения;

3) Низкая посещаемость кабинета здорового ребенка;

4) Низкий уровень доверия информации по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста, размещенной на различных сайтах, предоставляющих информацию профилактической направленности;

5) Недостаточное количество времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания.

O – возможности решения проблем:

1) Обучение врачей-педиатров участковых современным принципам работы в информационных системах;

2) Контроль освоения и применения врачами-педиатрами участковыми современных информационных технологий;

3) Возможности создания информационного ресурса для решения вопросов по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста.

SO – стратегии расширения внутренних возможностей на основе использования преимуществ (сильных сторон):

1) Совершенствование взаимодействия врачей-педиатров участковых по вопросам современных информационных технологий;

2) Мониторирование уровня владения врачами-педиатрами участковыми информационными технологиями;

3) Контроль за соблюдением регламента работы врачей-педиатров участковых в медицинских информационных системах;

4) Достаточный уровень компьютерной грамотности населения;

5) Готовность родителей использовать информацию профилактической направленности, размещенной на сайте специализированного государственного учреждения здравоохранения;

6) Создание электронного кабинета здорового ребенка совершенствует организацию профилактической работы с детьми раннего возраста.

WO – стратегии преодоления недостатков (слабых сторон) путем использования внутренних возможностей:

1) Обеспечение непрерывности обучения врачей-педиатров участковых работе в медицинских информационных системах;

2) Повышение уровня знаний в вопросах медицинской профилактики врачей-педиатров участковых;

3) Совершенствование организации профилактической работы с детьми;

4) Размещение информации профилактической направленности, размещенной на сайте специализированного государственного учреждения здравоохранения;

5) Электронный кабинет здорового ребенка повышает доступность профилактической работы для населения;

6) Создание электронного кабинета здорового ребенка не требует увеличения численности медицинского и технического персонала в медицинской организации.

T – угрозы ухудшения ситуации под воздействием внешних факторов:

1) Высокие финансовые затраты на лицензионное программное обеспечение.

WT – стратегии устранения (ослабления) недостатков для предупреждения угроз:

1) Анализ предложений врачей-педиатров участковых относительно совершенствования информационных систем;

2) Готовность врачей-педиатров участковых участвовать в разработке информационных материалов для электронного кабинета здорового ребенка.

Результаты SWOT-анализа

На основании SWOT-анализа обоснования совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста на основе современных информационных технологий можно сделать следующие выводы:

1) Готовность системы здравоохранения и населения к современным методам организации профилактической работы с населением на основе современных информационных технологий;

2) Создание электронного кабинета здорового ребенка как организационно-информационного ресурса в совершенствовании профилактической работы с детьми раннего возраста;

3) Электронный кабинет здорового ребенка является ключевым звеном в повышении доступности профилактического компонента медицинской помощи детям раннего возраста.

ГЛАВА 5

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

5.1 Современный подход к совершенствованию профилактической работы с детьми раннего возраста на основе информационных технологий

В настоящее время роль педиатрической службы следует рассматривать не только как возможность для лечения детей, динамического наблюдения определенных групп с целью раннего выявления заболевания, но и как основу формирования ответственности у родителей за сохранение здоровья своих детей в процессе их вовлечения в организацию и проведение профилактических мероприятий. Информационные технологии в здравоохранении рассматриваются как один из современных основных инструментов повышения качества и доступности медицинской помощи для населения.

В результате проведенного социально-гигиенического исследования по изучению имеющихся ресурсов системы здравоохранения и степени готовности населения к современным методам получения информации профилактической направленности, определено, что в настоящее время существует резерв по формированию комплекса организационных мероприятий по охране здоровья детей раннего возраста на основе применения информационных технологий.

Совершенствование организации профилактической работы с детьми раннего возраста основывается на роли участников организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста.

К участникам организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста относятся: медицинские

организации, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, региональный центр медицинской профилактики и родители детей раннего возраста (Таблица 7).

Таблица 7 – Участники организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста

Участники	**Обоснования**
Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению	Приказ Минздрава СССР от 19.01.1983 г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» (в ред. приказа 05.05.1999 г. № 60 Министерства здравоохранения РФ); методические рекомендации «Организация работы кабинета здорового ребенка в детской поликлинике», утвержденные приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.03.1987 г. № 11-11/6-25; приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 28 от 18.01.2006 г. «Об организации деятельности врача-педиатра участкового», порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 9 1346н – (Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров)

Продолжение таблицы

Региональный центр медицинской профилактики	Результаты социологического опроса врачей-педиатров участковых и руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, SWOT-анализ.
Родители детей раннего возраста	Результаты социологического опроса родителей детей раннего возраста, врачей-педиатров участковых и руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению

Обоснование участников организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста:

1. медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению:

– приказ Минздрава СССР от 19.01.1983 г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» (в ред. приказа 05.05.1999 г. № 60 Министерства здравоохранения РФ) регламентирует положение о детской городской поликлинике (отделении) и положение о кабинете профилактической работы с детьми (кабинете здорового ребенка);

– методические рекомендации «Организация работы кабинета здорового ребенка в детской поликлинике», утвержденных приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.03.1987 г. № 11–11/6–25 регламентируют работу кабинета здорового ребенка как методического центра по вопросам развития, воспитания и охраны здоровья детей и являющийся составной частью функционального подразделения по профилактической работе с неорганизованными детьми раннего и дошкольного возраста;

– порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Ми-

нистерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 9 1346н регламентирует перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров); регламентирует профилактическое наблюдения врача-педиатра участкового и врачей специалистов по месяцам в течение первого года жизни.

2. региональный центр медицинской профилактики:

– по мнению 82,5 % врачей-педиатров участковых у них недостаточно времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания, 70,0 % врачей-педиатров участковых считают, что родители детей раннего возраста готовы получать информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном виде, 71,3 % считают, что внедрение специального информационного портала позволит улучшить профилактику заболеваемости у детей раннего возраста;

– по мнению 69,7 % руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в настоящее время в той или иной степени существует необходимость в совершенствовании профилактической работы с детьми раннего возраста, 74,4 % руководителей считают, что уровень информатизации здравоохранения и населения в настоящее время следует считать достаточным для внедрения электронного кабинета здорового ребенка и 65,1 % руководителей считают, что внедрение электронного кабинета здорового ребенка повысит медицинскую грамотность населения в вопросах ухода, питания и воспитания детей раннего возраста.

– по результатам SWOT-анализа определено, что в настоящее время следует отметить: удаленность медицинских организаций для части прикрепленного населения, недостаточное количество времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания, низкую посещаемость кабинета здорового ребенка, низкий уровень доверия информации по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста, размещенной на различных сайтах, предоставляющих информацию профилактической направленности, возможность создания информационного ресурса для решения вопросов по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста, а также готовность врачей-педиатров участковых участвовать в разработке информационных материалов для электронного кабинета здорового ребенка и готовность родителей

использовать информацию профилактической направленности, размещенной на сайте специализированного государственного учреждения здравоохранения с возможностью централизованного внедрения информационной системы профилактической направленности в медицинских организациях.

3. родители детей раннего возраста:

– в результате социологического опроса родителей детей раннего возраста установлено, что для 74,0 % родителей наиболее актуальны вопросы питания ребенка, для 70,0 % – вопросы по уходу и для 69,0 % по развитию ребенка. Установлено, что для поиска ответов на интересующие вопросы по уходу, питанию и воспитанию ребенка родителям требуется посещение различного количества сайтов: 17,2 % для решения вопроса посещают один сайт, 46,5 % от двух до пяти сайтов; 27,3 % от шести до десяти сайтов и 9,0 %– более десяти сайтов. При этом, среднее время, затраченное для поиска информации, среди опрашиваемых респондентов весьма различно: 21,8 % затрачивают до 15 минут; 41,3 % – от 16 до 30 минут; 27,5 % – от 31 минуты до 1 часа и 9,5 % затрачивают более часа. Причём, 74,0 % в той или иной степени сомневаются в достоверности найденной информации, а готовность родителей детей раннего возраста посещать специальный сайт с информацией по уходу, питанию и воспитанию составляет 85,8 %.

– по мнению 78,8 % врачей-педиатров участковых к ним с той или иной частотой обращаются родители детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания во время приема в поликлинике, 82,5 % врачей отмечают, что у них недостаточно времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания; 86,3 % врачей-педиатров участковых считают целесообразным предоставлять родителям детей раннего возраста информации по уходу, питанию и воспитанию через специальный электронный портал.

– по мнению 84,8 % руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, размещение информационных материалов для родителей по вопросам питания, ухода и воспитания детей раннего возраста на сайте государственной медицинской организации по сравнению с личной консультацией на приеме у врача-педиатра

участкового является более эффективным по причине доступности, обусловленной технологией Интернета, 73,2 % руководителей считают, что уровень доверия родителей к такому информационному ресурсу будет достаточно высоким.

Учитывая участников организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста представляется целесообразным совершенствование организации профилактической работы с детьми раннего возраста в форме создания электронного кабинета здорового ребенка как одного из современных методов повышения грамотности населения в вопросах ухода, питания и воспитания детей раннего возраста.

Задачи участников организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста на основе применения информационных технологий включает в себя следующие процессы:

1. Формирование в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению потоков родителей с целью их ориентирования на получение информации профилактической направленности в электронном кабинете здорового ребенка, размещенного на сайте ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики».

2. Внутреннее наполнение информационными материалами электронного кабинета здорового ребенка и формирование канала информационной связи между родителями детей раннего возраста и главными детскими специалистами Новосибирской области.

3. Применение родителями полученных в электронном кабинете здорового ребенка знаний по медицинской профилактике, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей раннего возраста и основы формирования здорового образа жизни (Таблица 8).

Таблица 8 – Участники и их задачи в комплексе организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста

Участники	**Задачи**
Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению	Формирование потоков родителей с целью их ориентирования на получение информации профилактической направленности

Продолжение таблицы

Региональный центр медицинской профилактики	Внутреннее наполнение информационными материалами электронного кабинета здорового ребенка и формирование канала информационной связи между родителями детей раннего возраста и главными детскими специалистами.
Родители детей раннего возраста	Применение полученных знаний по медицинской профилактике, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей раннего возраста и основы формирования здорового образа жизни

5.2 Структурно–организационная модель электронного кабинета здорового ребенка

Цель организации электронного кабинета здорового ребенка заключается в предоставлении информационных материалов в электронном виде родителям детей раннего возраста с целью получения ими необходимые знаний и навыков по вопросам ухода, питания и воспитания, что является фактором формирования и повышения ответственности родителей за здоровье детей, а также в повышении роли профилактических мероприятий по охране здоровья детского населения.

Основными задачами электронного кабинета здорового ребенка являются:

– пропаганда здорового образа жизни в семье;

– обучение родителей основным правилам воспитания детей раннего возраста (режим; питание; физическое воспитание – закаливание, массаж, гимнастика; гигиенический уход и т. д.);

– санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

Структурно-организационная модель электронного кабинета здорового ребенка состоит из трёх уровней (информационный,

рабочий, оценочный) и предназначена для повышения уровня медицинской грамотности родителей детей раннего возраста при прохождении через неё.

Родители детей раннего возраста при прохождении через информационный уровень модели получают информацию о наличии и структуре электронного кабинета здорового ребенка. Далее, для решения вопросов профилактической направленности родители детей раннего возраста осуществляют поиск информационных материалов на рабочем уровне модели в разделах электронного кабинета здорового ребенка, в результате чего происходит повышение уровня медицинской грамотности родителей детей раннего возраста. Часть родителей, посещающих электронный кабинет здорового ребенка попадают на оценочный уровень, где высказывают своё мнение об удовлетворенности полученной информацией. Результаты их мнения учитываются в мероприятиях по оптимизации наполняемости электронного кабинета здорового ребенка (Рисунок 11).

Организация профилактических мероприятий с детским населения на основе информационных технологий состоит из трёх основных звеньев:

– родители детей раннего возраста,

– электронный кабинет здорового ребенка,

– региональный центр медицинской профилактики (Рисунок 12).

Первое звено – родители детей раннего возраста, прикрепленные к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, являются формирующим звеном востребованности получения информации профилактической направленности через электронный кабинет здорового ребенка. Второе звено – электронный кабинет здорового ребенка как основной информационный ресурс, является связующим звеном в организации и проведении медицинской профилактики с детьми раннего возраста. Третье звено – сотрудники регионального центра медицинской профилактики, выполняющие методическую функцию совместно с врачами-педиатрами отделений медицинской профилактики и врачами-специалистами амбулаторных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению в наполнении информационными материалами электронного кабинета здорового ребенка, являются идеологическим

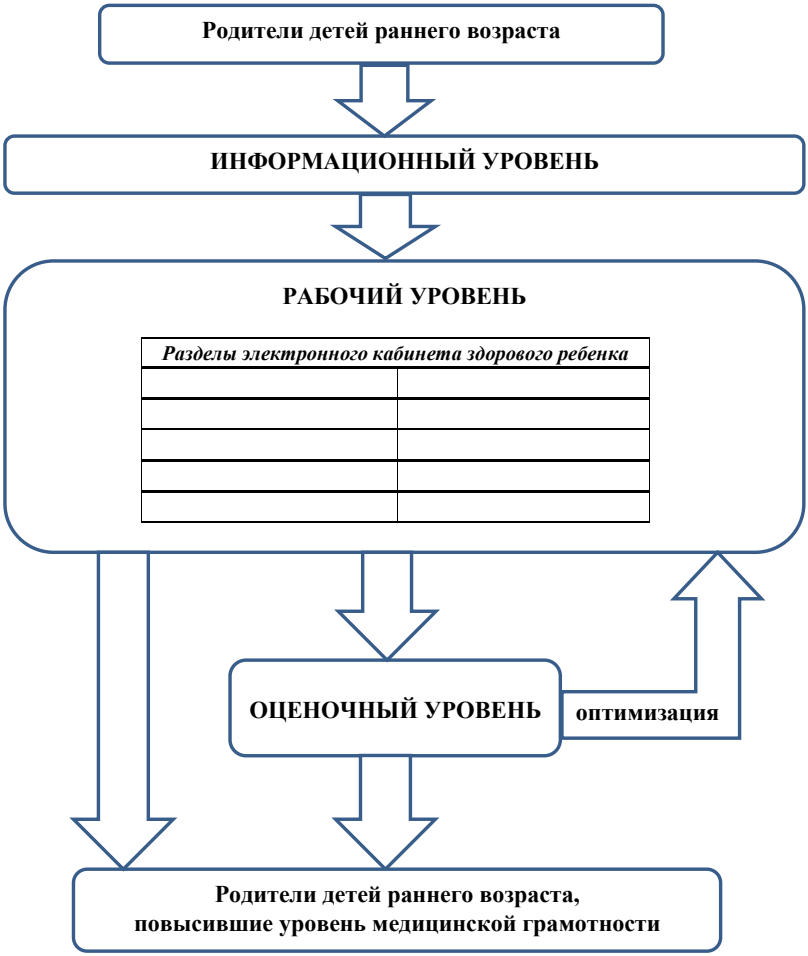

Рисунок 11 – Структурно-организационная модель электронного кабинета здорового ребенка

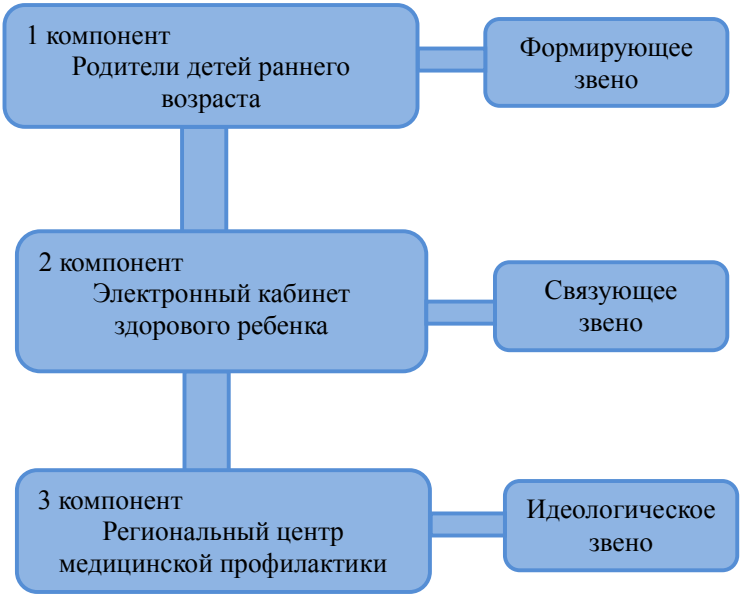

Рисунок 12– Основные звенья организации профилактической работы с детским населением на основе информационных технологий

звеном организации профилактической работы с детским населением. Электронный кабинет здорового ребенка представляет собой модель с вовлечением в процесс организации профилактической медицинской помощи детскому населению регионального центра медицинской профилактики, медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению и родителей детей разных возрастных групп (Рисунок 13).

В рамках структурно-организационной модели электронного кабинета здорового ребенка:

– региональный центр медицинской профилактики организовывает профилактическую работу с детским населением Новосибирской области;

– медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, формируют потоки родителей с целью их ориентирования на получение информации профилактической направленности в электронном кабинете здорового ребенка;

Рисунок 13 – Схема электронного кабинета здорового ребенка

– родители детей разных возрастных групп применяют полученную в электронном кабинете здорового ребенка информацию профилактической направленности в процессе ухода, питания и воспитания детей.

Внедрение электронного кабинета здорового ребенка позволяет совершенствовать оказание профилактической медицинской помощи детскому населению во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторному уровне: педиатрические отделения городских поликлиник, педиатрические отделения поликлиник городских больниц, поликлинические отделения детских городских больниц, детские городские поликлиники.

Работа врача-педиатра участкового с электронным кабинетом здорового ребенка является составной частью работы в разделе профилактической работы с детьми раннего возраста. В связи с этим, врач-педиатр участковый обязан чётко ориентироваться в разделах электронного кабинета здорового ребенка с целью своевременной рекомендации родителям целесообразности посещения того или иного раздела электронного кабинета здорового ребенка.

Для наиболее оптимального и эффективного функционирования электронного кабинета здорового ребенка с целью совершенствования организации профилактической работы с детским населением целесообразно его размещение на сайте регионального центра медицинской профилактики (Рисунок 14).

Рисунок 14 – Главная страница сайта ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики»

Информацию о размещении электронного кабинета здорового ребенка на сайте ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики» родители детей раннего возраста получают из информационной листовки, которая им вручается:

– во время приема у врача-педиатра участкового в поликлинике,

– при посещении ребенка в возрасте трех лет врачом – педиатром на дому,

– при обращении в регистратуру

Листовка содержит информацию о разделах кабинета здорового ребенка, адресе сайта для входа в электронный кабинет здорового ребенка и технологию поиска необходимой информации в кабинете здорового ребенка.

Основные разделы электронного кабинета здорового ребенка сформированы с учетом востребованности у родителей детей раннего возраста информации профилактической направленности по наиболее актуальным направлениям (Рисунок 15).

Рисунок 15 – Структура электронного кабинета здорового ребенка, размещенного на Информационном портале о здоровье

Востребованность определяется с учетом данных социологического опроса руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне, врачей-педиатров участковых, родителей детей раннего возраста, а также по анализу поисковых запросов профилактической направленности по сети Интернет и с учетом поступивших вопросов от родителей через электронный кабинет здорового ребенка к главным детским специалистам Новосибирской области.

Информационные материалы в электронном кабинете здорового ребенка представлена в виде следующих разделов (Таблица 9).

Таблица 9 – Разделы и содержание электронного кабинета здорового ребенка

Название раздела	Содержание раздела
правила рационального питания	– правила прикорма и рекомендации по питанию; – принципы здорового питания детей раннего возраста; – влияние питания на здоровье детей раннего возраста.

Продолжение таблицы

о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний	– современные методы профилактики; – информация для родителей о вреде: курения, избыточной массы тела, высокого уровня холестерина в крови, повышенного артериального давления, потребления алкоголя, наркотиков, низкой физической активности, психосоциальных расстройств.
неотложная помощь	– основные анатомо-физиологические особенности, предрасполагающие к развитию неотложных состояний у детей раннего возраста; – особенности диагностики неотложных состояний у детей;
	– алгоритмы действия в экстренных ситуациях; – тактика оказания неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе – особенности проведения сердечно-легочной реанимации у детей: – действия родителей при лихорадке, переохлаждении, перегревании, попадании инородного тела в дыхательные пути, травмах и отравлениях, судорожном синдроме и носовом кровотечении.
«пятёрка» по зрению	рекомендации офтальмологов по: – сохранению зрения, – защите глаз от повреждений и травм, – гигиене зрения.

Продолжение таблицы

советы психолога	– особенности психологии детского возраста и воспитания ребенка; – карта развития ребенка с рекомендациями психолога родителям детей раннего возраста; – тревожные симптомы и комплекс мероприятий по их устранению.
нормативная база	документы, регламентирующие деятельность системы здравоохранения
особенности детского возраста	– возрастные нормы физического и психического здоровья; – режим дня ребенка; – методики закаливания.
профилактика инфекционных заболеваний	национальный календарь плановых профилактических прививок и основные мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний
профилактика вредных привычек	основные меры профилактики вредных привычек
физическая активность	комплекс мероприятий для оптимального физического развития ребенка
есть вопрос – ответим	возможность задать вопросы главным детским специалистам Новосибирской области: главному педиатру, главному специалисту по профилактической медицине, главному детскому нефрологу, главному детскому инфекционисту, главному детскому психиатру, главному специалисту по медицинской генетики, главному детскому пульмонологу, главному детскому наркологу, главному детскому специалисту травматологу – ортопеду, главному детскому специалисту по дерматовенерологии и косметологии.

Продолжение таблицы

в помощь маме и папе	справочные пособия для родителей по уходу, питанию и воспитанию ребенка; ссылки на научно-популярную литературу; аудиокниги, Интернет-радио, видеоматериалы; школа молодых пап, рекомендации по организации детского активного отдыха, общественные конкурсы для родителей, ссылки на семинары для родителей по вопросам охраны здоровья детей, информация о развлекательных семейных мероприятиях, о том, где лучше проводить семейный отдых.

Внедрение электронного кабинета здорового ребенка позволяет осуществлять профилактическую работу с детьми раннего возраста на трех уровнях:

I уровень – индивидуальный, в пределах педиатрического участка медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне;

II уровень – групповой, на территории обслуживания медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне;

III уровень – региональный, в пределах субъекта РФ при реализации профилактических программ по охране здоровья детского населения на региональном уровне (Рисунок 16).

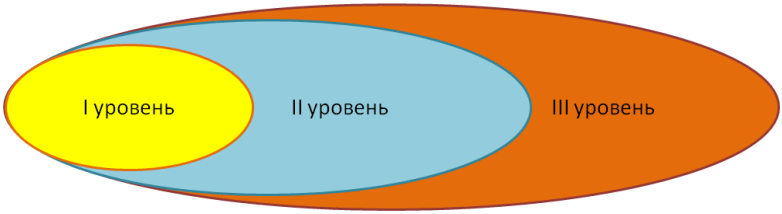

Рисунок 16 – Уровни реализации профилактических программ системы электронного кабинета здорового ребенка

Таким образом, основная задача электронного кабинета здорового ребенка – предоставление достоверной информации родителям детей раннего возраста по вопросам профилактической направленности, а также привить родителям детей раннего возраста навыки сохранения и укрепления здоровья ребенка.

ГЛАВА 6

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

С целью оценки эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка проведён социологический опрос 200 родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка.

В результате анкетирования определено, что источником получения информации об электронном кабинете здорового ребенка для родителей в большей степени является врач-педиатр участковый (56,0±3,5 %), регистратура – 35,5±3,4 %, рекомендации друзей, знакомых, родственников – 4,0±1,4 %, информация в Интернете – 2,5±1,1 % и затруднились ответить – 2,0±1,0 % (Рисунок 17).

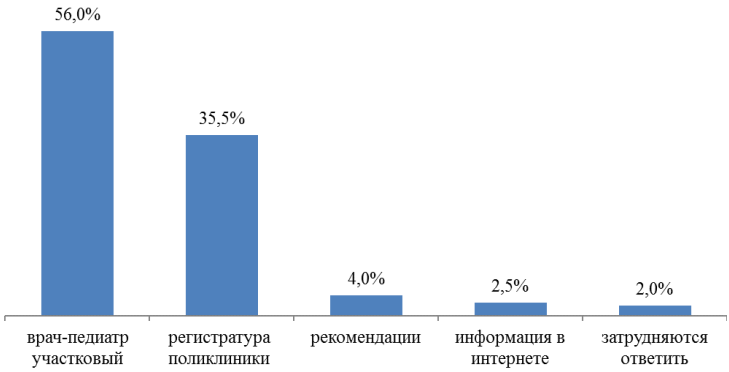

Рисунок 17 – Источники получения информации об электронном кабинете здорового ребенка

Значительное большинство респондентов (72,0±3,2 %) отмечают удобство использования структуры электронного кабинета здорового ребенка, 16,0±2,6 % высказались об относительном удобстве

структуры электронного кабинета здорового ребенка, неудобство использования структуры высказали 2,5±1,1 % опрашиваемых и затруднились ответить 9,5±2,1 % респондентов (Рисунок 18).

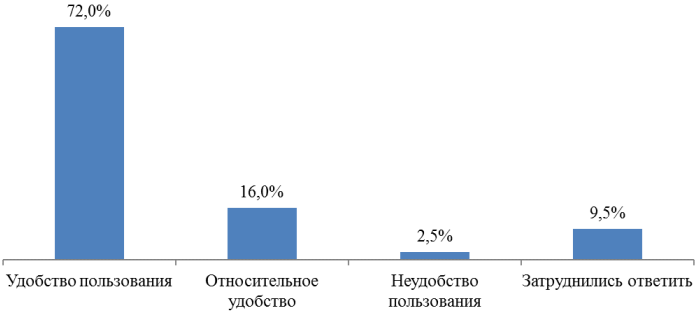

Рисунок 18 – Оценка использования электронного кабинета здорового ребенка

Используют все рекомендации, полученные в электронном кабинете здорового ребенка 39,0±3,4 % родителей, большинство рекомендаций применяет 30,5±3,3 % респондентов, только некоторыми рекомендациями пользуются 18,5±2,7 % опрашиваемых, не используют рекомендации 5,0±1,5 % опрашиваемых и затруднились ответить 7,0±1,8 %.

Большей части респондентов (73,5±1,3 %) после работы с электронным кабинетом здорового ребенка не требуется посещения других сайтов, лишь по некоторым вопросам посещают иные сайты 17,5±2,7 % родителей, 6,0±1,7 % респондентов отметили, что им требуется посещение других сайтов, затруднились ответить 3,0±1,2 % опрашиваемых (Рисунок 19).

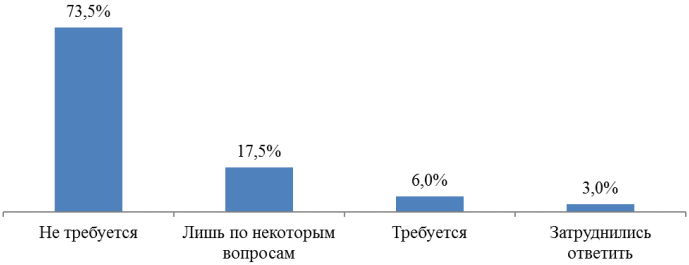

Рисунок 19 – Необходимость посещения других сайтов после работы с электронным кабинетом здорового ребенка

Немногим более трети респондентов (35,5±3,4 %) отметили, что электронный кабинет здорового ребенка повышает уровень их знаний по первичной профилактике, 25,5±3,1 % отметили, что больше да, чем нет, 16,0±2,6 % – больше нет, чем да, 6,0±1,7 % – не повышает и 7,5±2,7 % родителей затруднились ответить.

Подавляющее большинство родителей (88,0±2,3 %) рекомендуют своим знакомым, имеющим детей посещать электронный кабинет здорового ребенка, не рекомендуют 6,5±1,7 % опрашиваемых, затруднились ответить 5,5±1,6 % респондентов.

Электронный кабинет здорового ребенка полностью заменяет необходимость посещения врача-педиатра участкового с целью профилактического консультирования у 34,0±3,3 % родителей, частично заменяет у 44,5±3,5 % опрашиваемых, отмечают, что не заменяет 7,0±1,8 % респондентов и 14,5±2,5 % родителей затруднились ответить (Рисунок 20).

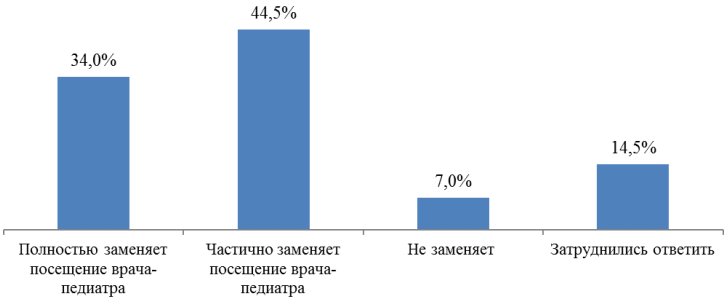

Рисунок 20 – Роль электронного кабинета здорового ребенка в профилактическом консультировании

Кроме того, с целью оценки эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка проведён социологический опрос 50 врачей-педиатров участковых.

В результате анкетирования определено, что большинству врачей-педиатров участковых (86,0±4,9 %) удобна для использования структура электронного кабинета здорового ребенка (абсолютно удобна – 46,0±7,0 %; относительно удобна – 40,0±6,9 %), неудобной считают структуру 8,0±3,6 % педиатров, затруднились ответить – 6,0± 3,4 % педиатров.

По мнению 32,0±6,6 % педиатров-участковых родители детей раннего возраста готовы получать информацию по уходу, пита-

нию и воспитанию в электронном кабинете здорового ребенка, 36,0±6,8 % педиатров считают, что больше да, чем нет, 12,0±4,6 % – больше нет, чем да, нет, не готовы – 14,0±4,9 %, затруднились ответить – 6,0±3,4 % педиатров.

В 44,0±7,0 % случаях врачи-педиатры участковые рекомендуют всем родителям детей раннего возраста посещать электронный кабинет здорового ребенка, только тем, у кого возникали вопросы относительно его посещения в 18,0±5,4 %, только тем, кто обращается по вопросам профилактической направленности – 20,0±5,7 %, не рекомендуют, так как не знают о наличии такого кабинета 8,0±3,8 % врачей-педиатров, не рекомендуют, так как не доверяют этому кабинету 6,0±3,4 % педиатров, затруднились ответить – 4,0±2,8 % педиатров (Рисунок 21).

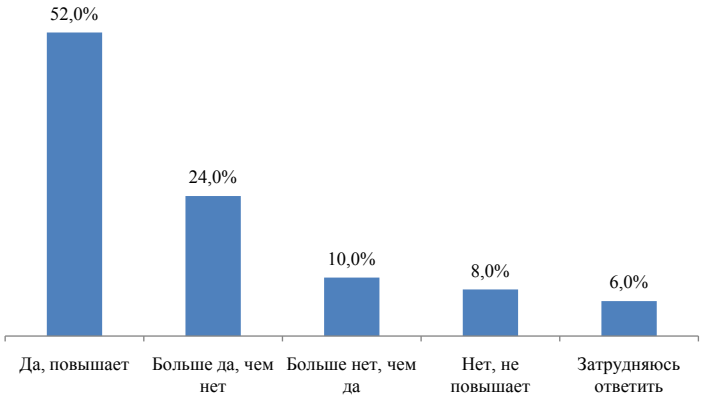

Рисунок 21 – Отношение врачей-педиатров участковых к электронному кабинету здорового ребенка

Большая часть врачей-педиатров участковых (60,0±6,9 %) считают, что родителям детей раннего возраста кроме электронного кабинета здорового ребенка не требуется посещать другие сайты для решения вопросов медицинской профилактики, лишь по некоторым вопросам –18,0±5,4 %; да, требуется – 8,0±3,8 %, затруднились ответить – 14,0±4,9 % педиатров.

По мнению 52,0±1,7 % врачей-педиатров участковых электронный кабинет здорового ребенка повышает уровень знаний родителей

детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики, больше да, чем нет – 24,0±6,0 %, больше нет, чем да – 10,0±4,2 %, нет, не повышает – 8,0±3,8 %, затруднились ответить – 6,0±3,4 % педиатров (Рисунок 22).

Рисунок 22 – Роль электронного кабинета здорового ребенка в повышении уровня знаний родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики

Таким образом, социологический опрос родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка, а также врачей-педиатров участковых показал востребованность проекта и целесообразность расширения аудитории родителей детей разных возрастных групп.

Экспертная оценка внедрения электронного кабинета здорового ребенка

Руководители медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне, выступили в качестве экспертов, заполнив экспертные карты с предоставленными критериями с целью оценки эффективности внедрения электронного кабинета здорового ребенка. Все 20 экспертов имели высшую квалификационную категорию.

Помимо 8-и представленных в экспертной карте критериев, экспертам предоставлялась возможность самостоятельно определить 9-й критерий. Все эксперты в качестве своего варианта предложили критерии, проанализировав которые сформирован критерий «повышение доступности информации профилактической направленности для детей раннего возраста», вошедший в качестве своего варианта при анализе результатов экспертной оценки (Таблица 10).

Таблица 10 – Экспертная оценка внедрения электронного кабинета здорового ребенка (в рангах)

№	**Критерии оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка**	$\bar{x}$
1	Оптимизация системы профилактической работы с детским населением на региональном уровне	3,2
2	Повышение грамотности населения в вопросах медицинской профилактики	5,4
3	Повышение доверия населения государственному сектору здравоохранения	1,5
4	Повышение компетентности врачей-педиатров участковых в вопросах медицинской профилактики	7,8
5	Повышение ответственности родителей за сохранение здоровья детей	7,2
6	Повышение уровня организации профилактической работы врачей-педиатров участковых	8,9
7	Снижение количества обращений к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики	4,4
8	Формирование единой системы профилактической работы с детьми раннего возраста на региональном уровне	1,8
9	Повышение доступности информации профилактической направленности для родителей детей раннего возраста	5,0

Таблица 11 – Суммы рангов и квадратов рангов

№	Критерии оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка	Сумма рангов (Р)	Квадраты сумм рангов ($Р^2$)
1	Оптимизация системы профилактической работы с детским населением на региональном уровне	63	3969
2	Повышение грамотности населения в вопросах медицинской профилактики	108	11664
3	Повышение доверия населения государственному сектору здравоохранения	30	900
4	Повышение компетентности врачей-педиатров участковых в вопросах медицинской профилактики	156	24336
5	Повышение ответственности родителей за сохранение здоровья детей	144	20736
6	Повышение уровня организации профилактической работы врачей-педиатров участковых	177	31329
7	Снижение количества обращений к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики	87	7569
8	Формирование единой системы профилактической работы с детьми раннего возраста на региональном уровне	36	1296
9	Повышение доступности информации профилактической направленности для родителей детей раннего возраста	99	9801
Итого		Сумма рангов = 900	Сумма квадратов рангов = 111 600

Разность между суммой квадратов рангов и средним квадратом суммы рангов (Таблица 11):

$$S = \Sigma P^2 - (\Sigma P)^2 / n$$
$$S = 111600 - 900^2 / 9 = 21600$$

Коэффициент конкордации:

$$W = 12S / m^2 (n^3 - n)$$
$$W = 12 \cdot 21600 / 20^2 \cdot (9^3 - 9) = 259200 / 400 \cdot 720 = 0,9$$

Коэффициент конкордации составил 0,9, что свидетельствует о высокой степень согласованности мнения экспертов ($W = 0,9$, $p < 0,05$) относительно внедрения электронного кабинета здорового ребенка

Далее оцениваем статистическую значимость коэффициента конкордации, рассчитав предварительно по формуле критерий хи-квадрат ($\chi 2$):

$$\chi 2 = (n - 1) \cdot m \cdot W1.$$
$$\chi 2 = (9 - 1) \cdot 20 \cdot 0,9 = 144$$

Для оценки статистической значимости коэффициента конкордации необходимо, чтобы искомое значение $\chi 2$ (144) превышало его табличный вариант при числе степеней свободы (n '), равном n – 1. В нашем случае табличноезначение $\chi 2 = 15,5$, при $p = 0,05$ (Таблица значений критерия $\chi 2$), что свидетельствует о статистической значимости полученного коэффициента конкордации.

Анализ результатов опроса экспертов показал, что эксперты среди критериев оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка ведущими считают следующие:

– повышение доверия населения государственному сектору здравоохранения (первое ранговое положение);

– формирование единой системы профилактической работы с детьми раннего возраста на региональном уровне и оптимизация системы профилактической работы с детским населением на региональном уровне (второе-третье ранговое положение)

– снижение количества обращений к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской

профилактики и повышение доступности информации профилактической направленности для детей раннего возраста (четвертое и пятое ранговые положения).

При этом мнение экспертов по данному вопросу согласовано в высокой степени (W = 0,9) и статистически значимо (p = 0,05).

Следовательно, именно эти критерии необходимо учитывать при оценке эффективности внедрения информационных ресурсов профилактической направленности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью совершенствования профилактической работы с детьми раннего возраста проведено социально-гигиеническое исследование, основанное на изучении современного уровня организации профилактической работы с детьми раннего возраста, определении перспективных направлений ее совершенствования с учетом организационных и технических возможностей системы здравоохранения и готовности населения к современным методам получения информации профилактической направленности по сети Интернет.

Исследование проводилось на базах 24 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в г. Новосибирске. В ходе исследования были изучены мнения 400 родителей детей раннего возраста, 80 врачей-педиатров участковых и 86 руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне.

Исследование проводилось в период с 2013 по 2016 гг., включало в себя пять этапов с применением следующих методов: ретроспективного анализа, статистический, социологический, формально-юридический, SWOT-анализа, экспертной оценки и организационного моделирования.

В ходе социологического опроса родителей детей раннего возраста определено, что для подавляющего большинства (91,0 %) родителей вопросы профилактической направленности представляет несомненный интерес, однако, в силу различных обстоятельств, таких как территориальная удаленность и неудобный график работы врача-педиатра участкового, а также возможность поиска информации в других источниках, свидетельствуют о низкой эффективности механизма передачи информации профилактической направленности от врача-педиатра участкового родителям детей раннего возраста. Большинство (87,0 %) родителей постоянно пользуются Интернетом, в том числе, и для поиска информации по вопросам ухода, питания и воспитания ребенка, иногда затрачивая на поиск ответа на один

вопрос более часа, при этом 79,5 % родителей в той или иной степени сомневаются в достоверности найденной информации.

В результате социологического опроса врачей – педиатров участковых установлено, что 82,5 % из них недостаточно времени на приёме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста, более 85 % врачей-педиатров участковых считают целесообразным предоставлять родителям детей раннего возраста информацию по уходу, питанию и воспитанию ребенка по сети Интернет.

Социологический опрос руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне, показал, что значительное большинство (74,4 %) руководителей считает, что современный уровень информатизации системы здравоохранения и уровень компьютерной грамотности населения вполне достаточен для создания информационного ресурса с целью размещения на нём информации профилактической направленности для родителей детей раннего возраста. Такое же число руководителей считает, что информационные материалы профилактической направленности по вопросам ухода, питания и воспитания детей раннего возраста, размещенные в электронном кабинете здорового ребенка на сайте государственной медицинской организации, будут востребованы как информационный ресурс для родителей детей раннего возраста. Также, по мнению 65,1 % руководителей, обращение родителей в электронного кабинета здорового ребенка повысит их грамотность в вопросах медицинской профилактики.

Совершенствование организации профилактической работы с детьми раннего возраста на основании проведенного социально-гигиенического исследования заключается в определении участников организационных мероприятий по медицинской профилактике с детьми раннего возраста, к которым следует отнести: медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению, региональный центр медицинской профилактики и родители детей раннего возраста.

Совершенствование организации профилактической работы с детьми раннего возраста представляется целесообразным в форме создания электронного кабинета здорового ребенка как одного из современных методов повышения грамотности населения в вопросах ухода, питания и воспитания детей раннего возраста. В результате чего выполняются следующие задачи:

– формирование в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению потоков родителей с целью их ориентирования на получение информации профилактической направленности в электронном кабинете здорового ребенка, размещенного на сайте ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики»;

– внутреннее наполнение информационными материалами электронного кабинета здорового ребенка и формирование канала информационной связи между родителями детей раннего возраста и главными детскими специалистами Новосибирской области;

– применение родителями полученных в электронном кабинете здорового ребенка знаний по медицинской профилактике, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей раннего возраста и основы формирования здорового образа жизни.

Врач-педиатр участковый обязан чётко ориентироваться в разделах электронного кабинета здорового ребенка с целью своевременной рекомендации родителям целесообразности посещения того или иного раздела электронного кабинета здорового ребенка, в связи с тем, что работа с электронным кабинетом здорового ребенка является составной частью работы в разделе профилактической работы с детьми раннего возраста.

Информацию о размещении электронного кабинета здорового ребенка на сайте ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики» родители детей раннего возраста получают из информационной листовки, которую могут получить: во время приема у врача-педиатра участкового в поликлинике, при посещении ребенка в возрасте трех лет врачом – педиатром на дом и при обращении в регистратуру.

С целью оценки эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка проведён социологический опрос 200 родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка.

В результате анкетирования определено, что основными источниками получения информации об электронном кабинете здорового ребенка для родителей являются врач-педиатр участковый (56,0 %) и регистратура поликлиники (35,5 %). Значительное большинство респондентов (72,0 %) отмечает, что структура электронного кабинета здорового ребенка достаточно удобна для поиска необходимой

информации профилактической направленности. Большинство (61,1 %) родителей отметили, что электронный кабинет здорового ребенка в той или иной степени повышает уровень их знаний по первичной медицинской профилактике. Кроме того, что информацию об электронном кабинете здорового ребенка родители детей раннего возраста получают от врача-педиатра участкового или регистратуры поликлиники, многие получают её от родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка, так как 88,0 % родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка, рекомендуют его своим знакомым, имеющих детей раннего возраста.

Также с целью оценки эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка проведён социологический опрос 50-и врачей-педиатров участковых, активно использующих электронный кабинет здорового ребенка в своей профилактической работе. В результате анкетирования определено, что большинство (86,0 %) врачей-педиатров участковых отмечают удобное использования структуры электронного кабинета здорового ребенка как для поиска информации, так и для наглядного представления его родителям детей раннего возраста. Большая часть врачей-педиатров участковых (60,0 %) считают, что родителям детей раннего возраста кроме электронного кабинета здорового ребенка не требуется посещать другие сайты для решения вопросов медицинской профилактики. По мнению 76,0 % врачей-педиатров участковых электронный кабинет здорового ребенка в той или иной степени повышает уровень знаний родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики.

Внедрение электронного кабинета здорового ребенка позволяет осуществлять профилактическую работу с детьми раннего возраста на трех уровнях: индивидуальный – в пределах педиатрического участка медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне; групповой – на территории обслуживания медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детскому населению на амбулаторном уровне и региональный – в пределах субъекта РФ при реализации профилактических программ по охране здоровья детского населения на региональном уровне.

Таким образом, разработанная и внедренная модель электронного кабинета здорового ребенка позволила повысить доступность и эффективность профилактической работы педиатрической службы на региональном уровне.

Приложение

АНКЕТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ И КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

Анкета для родителей детей до трех лет

1. Пол:
1.1. мужской;
1.2. женский.

2. Возраст _____ лет

3. Социальное положение:
3.1. учащийся (учащаяся) среднего образовательного учреждения;
3.2. студент (студентка) высшего образовательного учреждения;
3.3. служащий (служащая);
3.4. рабочий (рабочая);
3.5. пенсионер (пенсионерка);
3.6. безработный (безработная).

4. По какой причине Вы чаще всего обращаетесь к врачу-педиатру участковому (количество ответов не ограничено):
4.1. для лечения;
4.2. для профилактического медицинского осмотра;
4.3. для получения консультации;
4.4. для получения медицинской документации (справки, направления и др.);
4.5. другое _____.

5. Оцените состояние здоровья своего ребенка:
5.1. очень хорошее;
5.2. хорошее;

5.3. удовлетворительное;
5.4. плохое;
5.5. очень плохое.

6. По какой причине Вы выбрали данную медицинскую организацию для медицинского обслуживания Вашего ребенка (количество ответов не ограничено):

6.1. доверие врачам поликлиники;
6.2. рекомендации родственников, знакомых;
6.3. хорошие отзывы;
6.4. доверие государственному учреждению;
6.5. удобство приема во время работы врачей;
6.6. другое _____.

7. Удобно ли Вам добираться к врачу-педиатру участковому для медицинского обслуживания:

7.1. да;
7.2. нет;
7.3. затрудняюсь ответить.

8. На какой день заболевания ребенка Вы обращаетесь к врачу-педиатру участковому:

8.1. 1-й день;
8.2. 2-й день;
8.3. 3-й день;
8.4. 4-й день;
8.5. 5-й и более день.

9. Посещаете ли Вы кабинет здорового ребенка:

9.1. да, постоянно;
9.2. да, иногда;
9.3. нет, так как мне достаточно информации из других источников
9.4. нет, так как нет удобного время работы врача;
9.5. нет, график моей работы не совпадал с режимом работы поликлиник;

9.6. нет, так как место проживания находится на удаленном расстоянии от территориальной поликлиники.

10. Представляет ли для Вас ценность врачебные рекомендации по профилактики здоровья Вашего ребенка, течению заболевания и методам лечения:

10.1. да;
10.2. больше да, чем нет;
10.3. больше нет, чем да;
10.4. нет;
10.5. затрудняюсь ответить.

11. Возникали ли у Вас какие-либо вопросы по:

11.1. уходу: да нет;
11.2. питанию: да нет;
11.3. развитию Ваших малышей: да нет.

12. Есть ли у Вас знакомые молодые мамы, у которых возникали трудности по уходу, питанию и развитию их малышей:

12.1. да, всегда;
12.2. да, иногда;
12.3. нет, никогда;
12.4. затрудняюсь ответить.

13. Посещаете ли Вы какие-либо курсы по уходу, питанию и развитию Ваших малышей:

13.1. да, всегда;
13.2. да, иногда;
13.3. нет, никогда;
13.4. затрудняюсь ответить.

14. Из каких источников Вы получали информацию по уходу, питанию и развитию детей, и насколько вы удовлетворены ею (в баллах):

14.1. школа молодых родителей в поликлинике (1 2 3 4 5);
14.2. школа мам в женской консультации (1 2 3 4 5);
14.3. курсы подготовки к родам (1 2 3 4 5);

14.4. врач-педиатр участковый (1 2 3 4 5);
14.5. частный педиатр (1 2 3 4 5);
14.6. патронажная сестра (1 2 3 4 5);
14.7. родственники, знакомые (1 2 3 4 5);
14.8. Интернет (1 2 3 4 5);
14.9. журналы, книги (1 2 3 4 5);
14.10. консультанты по грудному вскармливанию (1 2 3 4 5);
14.11. другое_____;

15. В каком виде Вам легче воспринимать информацию по уходу, питанию и развитию Ваших малышей:

15.1. при личной беседе с врачом;
15.2. в бумажном виде (брошюры, листовки, санбюллетень);
15.3. в электронном виде (специализированные сайты);
15.4. видеоматериалы;
15.5. другое.

16. Какое время Вы являетесь пользователем электронных устройств:

16.1. стационарный домашний/рабочий компьютер/ноутбук:
16.1.1. менее года;
16.1.2. от года до двух;
16.1.3. от двух до пяти;
16.1.4. от пяти до десяти;
16.1.5. более десяти лет;
16.1.6. не являюсь пользователем.

16.2. Планшет/смартфон:
16.2.1. менее года;
16.2.2. от года до двух;
16.2.3. от двух до пяти;
16.2.4. от пяти до десяти;
16.2.5. более десяти лет;
16.2.6. не являюсь пользователем.

17. Как часто Вы пользуетесь Интернетом:

17.1. менее раза в неделю;

17.2. пару раз в неделю;
17.3. почти каждый день;
17.4. пару раз в день;
17.5. постоянно;
17.6. не пользуюсь.

18. Насколько легко Вам найти в Интернете ответ на интересующий Вас вопрос по уходу, питанию и развитию ваших малышей:

18.1. достаточно легко;
18.2. легко в определенной мере;
18.3. недостаточно легко;
18.4. достаточно сложно.

19. Хватает ли Вам знаний иностранного языка для анализа информации с зарубежных сайтов:

19.1. да;
19.2. больше да, чем нет;
19.3. больше нет, чем да;
19.4. нет;
19.5. затрудняюсь ответить.

20. Сколько, в среднем, Вы посещаете сайтов для ответов на интересующие вас вопросы по уходу, питанию и развитию ваших малышей:

20.1. один;
20.2. 2–5;
20.3. 6–10;
20.4. более 10.

21. Какое время в среднем Вы затрачиваете на поиск информации, по уходу, питанию и развитию ваших малышей:

21.1. 10–15 мин;
21.2. около 30 мин;
21.3. от 30 мин до часа;
21.4. более часа.

22. Насколько Вы доверяете медицинской информации по уходу, питанию и развитию ваших малышей, найденной в Интернете:

22.1. доверяю;
22.2. доверяю, но сомневаюсь;
22.3. часто сомневаюсь;
22.4. не доверяю.

23. Готовы ли Вы посещать специальный сайт без рекламы с информацией по уходу, питанию, развитию ребенка, также включающий ответы на ваши вопросы:

23.1. да;
23.2. нет;
23.3. скорее да, чем нет;
23.4. скорее нет, чем да;
23.5. затрудняюсь ответить.

Анкета для врачей–педиатров участковых

1. Пол:

1.1. мужской;
1.2. женский.

2. Возраст _____ лет.

3. Стаж работы _____ лет.

4. Существует ли в настоящее время необходимость в совершенствовании организации педиатрической помощи в амбулаторных медицинских учреждениях:

4.1. да;
4.2. больше да, чем нет;
4.3. больше нет, чем нет;
4.4. нет, не существует;
4.5. затрудняюсь ответить.

5. Считаете ли Вы, что совершенствование педиатрической помощи повысит уровень здоровья детей:

5.1. да, повысит;
5.2. больше да, чем нет;
5.3. больше нет, чем да;
5.4. нет, не повысит;
5.5. затрудняюсь ответить.

6. Читаете ли Вы специализированную медицинскую литературу по уходу, воспитанию и питанию детей раннего возраста:

6.1. читаю регулярно;
6.2. читаю иногда;
6.3. читаю только перед квалификационными экзаменами;
6.4. читаю по необходимости;
6.5. не читаю.

7. Принимаете ли Вы участие в научных конференциях и семинарах по проблемам ухода, воспитания и питанию детей раннего возраста:

7.1. всегда;
7.2. в большинстве случаев;
7.3. иногда;
7.4. не посещаю.

8. Обращаются ли к Вам родители детей раннего возраста по вопросам ухода, питания и воспитания во время приема в поликлинике:

8.1. часто;
8.2. достаточно часто;
8.3. достаточно редко;
8.4. редко;
8.5. не обращаются.

9. Достаточно ли у Вас времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания:

9.1. всегда достаточно;

9.2. достаточно, но не всегда;
9.3. всегда недостаточно;
9.3. затрудняюсь ответить.

10. Считаете ли Вы, что профилактическая работа с детьми раннего возраста позволит снизить первичную заболеваемость, предупредить осложнения и повысить уровень воспитания навыков здорового образа жизни:

10.1. да;
10.2. больше да, чем нет;
10.3. больше нет, чем да;
10.4. нет;
10.5. затрудняюсь ответить.

11. Сколько времени у Вас есть возможность проводить профилактическую работу с детьми раннего возраста:

11.1. 1–2 часа в неделю;
11.2. 3–4 часа в неделю;
11.3. 5–6 часов в неделю;
11.4. 7–9 часов в неделю

12. Доля родителей, активно посещающих поликлинику с целью решения вопросов по уходу, питанию и воспитанию детей раннего возраста:

12.1. до 25 %;
12.2. от 26–50 %;
12.3. от 51–75 %;
12.4. более 75 %.

13. Целесообразно ли предоставлять родителям детей раннего возраста через специальный электронный портал информацию по уходу, питанию и воспитанию:

13.1. да;
13.2. больше да, чем нет;
13.3. больше нет, чем да;
13.4. нет;
13.5. затрудняюсь ответить.

14. Является ли на Ваш взгляд предоставление родителям детей раннего возраста информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном виде методом совершенствования организации педиатрической помощи:

14.1. да;
14.2. больше да, чем нет;
14.3. больше нет, чем да;
14.4. нет;
14.5. затрудняюсь ответить.

15. Как Вы считаете, готовы ли родители детей раннего возраста, получать информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном виде:

15.1. да;
15.2. больше да, чем нет;
15.3. больше нет, чем да;
15.4. нет;
15.5. затрудняюсь ответить.

16. Применяли бы Вы дистанционное консультирование родителей детей раннего возраста, нуждающихся в информации по уходу, питанию и воспитанию в Вашей поликлинике:

16.1. да;
16.2. больше да, чем нет;
16.3. больше нет, чем да;
16.4. нет;
16.5. затрудняюсь ответить.

17. Как Вы считаете, является ли дистанционное консультирование родителей методом укрепления здоровья детей:

17.1. да;
17.2. больше да, чем нет;
17.3. больше нет, чем да;
17.4. нет;
17.5. затрудняюсь ответить.

18. Как Вы считаете, введение электронного портала оптимизирует ли профилактическую работу:

18.1. да;
18.2. больше да, чем нет;
18.3. больше нет, чем да;
18.4. нет;
18.5. затрудняюсь ответить.

19. Готовы ли Вы стать соавтором методических материалов, которые будут размещены на портале:

19.1. да;
19.2. больше да, чем нет;
19.3. больше нет, чем да;
19.4. нет;
19.5. затрудняюсь ответить.

20. Встречаются ли Вам родители, которые достаточно много уделяют внимания информации, найденной в сети Интернет:

20.1. да;
20.2. больше да, чем нет;
20.3. больше нет, чем да;
20.4. нет;
20.5. затрудняюсь ответить.

Анкета для руководителей медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению

1. Пол:

1.1. мужской;
1.2. женский.

2. Возраст _____ лет.

3. Стаж работы на руководящей должности _____ лет.

4. Категория по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»:

4.1 высшая;

4.2 первая;

4.3 вторая;

4.4 нет категории.

5. Достаточен ли уровень информатизации здравоохранения и населения для введения электронного кабинета здорового ребенка и консультирования родителей:

5.1. да;

5.2. скорее да, чем нет;

5.3. скорее нет, чем да;

5.4. нет.

5.5. затрудняюсь ответить.

6. По Вашему мнению, готовы ли врачи-педиатры участковые оказывать квалифицированную консультативную помощь дистанционно через электронный кабинет здорового ребенка:

6.1. да;

6.2. больше да, чем нет;

6.3. больше нет, чем да;

6.4. нет;

6.5. затрудняюсь ответить.

7. По Вашему мнению, дистанционное консультирование родителей детей раннего возраста сравнительно с личной консультацией на приеме у специалиста будет:

7.1. более эффективным;

7.2. незначительно эффективнее;

7.3. незначительно менее эффективным;

7.4. менее эффективным;

7.5. затрудняюсь ответить.

8.Способен ли электронный кабинет здорового ребенка конкурировать со множеством непрофессиональных информационных источников в Интернете:

8.1. да;
8.2. скорее да, чем нет;
8.3. скорее нет, чем да;
8.4. нет;
8.5. затрудняюсь ответить.

9. Считаете ли Вы достаточной материально-техническую базу сферы здравоохранения для осуществления данного проекта:
9.1. да;
9.2. скорее да, чем нет;
9.3. скорее нет, чем да;
9.4. нет
9.5. затрудняюсь ответить.

10. Повысит ли медицинскую грамотность населения внедрение электронного кабинета здорового ребенка:
10.1. да;
10.2. скорее да, чем нет;
10.3. скорее нет, чем да;
10.4. нет.
10.5 затрудняюсь ответить.

11. Будет ли способствовать внедрение электронного кабинета здорового ребенка повышению обращаемости к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам профилактической направленности:
11.1. да;
11.2. больше да, чем нет;
11.3. больше нет, чем да;
11.4. нет;
11.5. затрудняюсь ответить.

12. Является ли на Ваш взгляд эффективной в настоящее время профилактическая работа с детьми раннего возраста в медицинских учреждениях:
12.1. да;
12.2. больше да, чем нет;
12.3. больше нет, чем да;

12.4. нет;
12.5. затрудняюсь ответить.

13. Потребует ли, по Вашему мнению, внедрение электронного кабинета здорового ребенка увеличения численности медицинского и технического персонала для его обслуживания:

13.1. да;
13.2. скорее да, чем нет;
13.3. скорее нет, чем да;
13.4. нет;
13.5. затрудняюсь ответить.

14. Имеет ли возможность дистанционная консультация родителей педиатром через планируемый электронный портал выполнять функции кабинета здорового ребенка в поликлинике:

14.1. да;
14.2. скорее да, чем нет;
14.3. скорее нет, чем да;
14.4. нет;
14.5. затрудняюсь ответить.

15. Как, по Вашему мнению, повлияет на качество оказания медицинской помощи введение электронного кабинета здорового ребенка:

15.1. положительно;
15.2. не повлияет;
15.3. отрицательно;
15.4. затрудняюсь ответить.

16. Считаете ли Вы, что введение электронного кабинета здорового ребенка позволит повысить качество профилактической работы с детьми раннего возраста:

16.1. да;
16.2. больше да, чем нет;
16.3. больше нет, чем да;
16.4. нет;
16.5. затрудняюсь ответить.

17. Как Вы считаете, достаточен ли будет уровень доверия родителей к электронному кабинету здорового ребенка, включающему в себя возможность дистанционных консультаций со специалистами, методическую информацию по уходу, питанию, профилактике заболеваний:

17.1. да;
17.2. больше да, чем нет;
17.3. больше нет, чем да;
17.4. нет;
17.5. затрудняюсь ответить.

18. Как Вы считаете, достаточна ли квалификация у врачей-педиатров участковых для дистанционного консультирования родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики:

18.1. да;
18.2. больше да, чем нет;
18.3. больше нет, чем да;
18.4. нет;
18.5. затрудняюсь ответить.

19. Как, по Вашему мнению, воспримут возможность введения электронного портала врачи-педиатры участковые:

19.1. положительно;
19.2. скорее положительно;
19.3. нейтрально;
19.4. скорее отрицательно;
19.5. отрицательно.
19.6. затрудняюсь ответить

20. По Вашему мнению, существует ли необходимость в профилактической работе с детьми раннего возраста в данное время:

20.1. да;
20.2. больше да, чем нет;
20.3. больше нет, чем да;
20.4. нет;
20.5. затрудняюсь ответить.

Анкета для родителей, использующих электронный кабинет здорового ребенка

1. Источник получения информации об электронном кабинете здорового ребенка:

1.1. врач-педиатр участковый;
1.2. регистратура;
1.3. информация в Интернете;
1.4. рекомендации (друзья, знакомые, родственники);
1.5. затрудняюсь ответить.

2. Удобна ли для использования структура электронного кабинета здорового ребенка:

2.1. да, абсолютно удобно;
2.2. относительно удобно;
2.3. неудобно;
2.4. затрудняюсь ответить.

3. Используете ли Вы рекомендации, полученные в электронном кабинете здорового ребенка:

3.1. да, использую все рекомендации;
3.2. да, использую большинство рекомендаций;
3.3. да, использую, но только некоторые рекомендации;
3.4. нет, не использую;
3.5. затрудняюсь ответить.

4. Требуется ли Вам после посещения электронного кабинета здорового ребенка посещение других сайтов:

4.1. да, требуется;
4.2. по некоторым вопросам;
4.3. нет, не требуется;
4.4. затрудняюсь ответить.

5. Повышает ли электронный кабинет здорового ребенка уровень Ваших знаний по профилактике:

5.1. да, повышает;
5.2. больше да, чем нет;

5.3. больше нет, чем да;
5.4. нет, не повышает;
5.5. затрудняюсь ответить.

6. Рекомендуете ли Вы своим знакомым, имеющих детей, посещать электронный кабинет здорового ребенка:
6.1. рекомендую;
6.2. не рекомендую.

7. Заменяет ли Вам электронный кабинет здорового ребенка необходимость посещать врача-педиатра участкового с профилактической целью:
7.1. да, полностью;
7.2. больше да, чем нет;
7.3. больше нет, чем да;
7.4. нет, не заменяет;
7.5. затрудняюсь ответить.

Анкета для врачей–педиатров участковых, участвующих в оценке эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка

1. Удобна ли для использования структура электронного кабинета здорового ребенка:
1.1. да, абсолютно удобно;
1.2. относительно удобно;
1.3. неудобно;
1.4. затрудняюсь ответить.

2. Как Вы считаете, готовы ли родители детей раннего возраста получать информацию по уходу, питанию и воспитанию в электронном кабинете здорового ребенка:
2.1. да, готовы;
2.2. больше да, чем нет;
2.3. больше нет, чем да;

2.4. нет, не готовы;
2.5. затрудняюсь ответить.

3. Рекомендуете ли Вы родителям детей раннего возраста посещать электронный кабинет здорового ребенка:

3.1. да, всем родителям;
3.2. да, тем, у кого возникали вопросы относительно его посещения;
3.3. да, тем, кто обращается по вопросам профилактической направленности;
3.4. нет, не рекомендую, так как не знаю о наличии такого кабинета;
3.5. нет, не рекомендую, так как не доверяю этому кабинету;
3.6.затрудняюсь ответить.

4. По Вашему мнению, требуется ли родителям детей раннего возраста кроме электронного кабинета здорового ребенка посещать другие сайты для решения вопросов медицинской профилактики:

4.1. да, требуется;
4.2. по некоторым вопросам;
4.3. нет, не требуется;
4.4. затрудняюсь ответить.

5. Повышает ли, по Вашему мнению, электронный кабинет здорового ребенка уровень знаний родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики:

5.1. да, повышает;
5.2. больше да, чем нет;
5.3. больше нет, чем да;
5.4. нет, не повышает;
5.5. затрудняюсь ответить.

Карта экспертной оценки

Уважаемые эксперты, просим Вас оценить по степени важности критерии оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка, расставив ранговые места от 1 (самый важный критерий) до 9 (наименее важный).

№	Критерии оценки внедрения электронного кабинета здорового ребенка	Ранг
1	Оптимизация системы профилактической работы с детским населением на региональном уровне	
2	Повышение грамотности населения в вопросах медицинской профилактики	
3	Повышение доверия населения государственному сектору здравоохранения	
4	Повышение компетентности врачей-педиатров участковых в вопросах медицинской профилактики	
5	Повышение ответственности родителей за сохранение здоровья детей	
6	Повышение уровня организации профилактической работы врачей-педиатров участковых	
7	Снижение количества обращений к врачам-педиатрам участковым родителей детей раннего возраста по вопросам медицинской профилактики	
8	Формирование единой системы профилактической работы с детьми раннего возраста на региональном уровне	
9	Ваш вариант ответа:	

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абольян, Л. В.* Роль медико-организационных факторов в повышение длительного грудного вскармливания / Л. В. Абольян // Сборник материалов XIV Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии». – М., 2010. – С. 4.

2. *Агаларова, Л. С.* Мнение населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и врачами общей практики / Л. С. Агаларова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 1.– С. 26–28.

3. *Агамов, З. Х.* Анализ мнений пациентов и врачей о диспансеризации в городской поликлинике / З. Х. Агамов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 52–54.

4. *Актуальные вопросы повышения* эффективности управления муниципальными учреждениями здравоохранения с использованием информационных технологий / Г. Д. Репина, Е. Л. Топоровская, Н. А. Капитоненко [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 5.

5. *Алексеева, Н. Ю.* Исследования удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н. Ю. Алексеева, Л. П. Пчела, С. В. Макаров // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – № 1–1. – С. 259–261.

6. *Алошти, Х. Р.* Философский взгляд на информацию и информационную технологию / Х. Р. Алошти // Научно-техническая информация. Серия 2: Информационные процессы и системы. – 2012. – № 4. – С. 1–12.

7. *Альбицкий, В. Ю.* Социальная педиатрия как курс преподавания в медицинских вузах России / В. Ю. Альбицкий, А. А. Иванова, Н. В. Устинова // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. – 2012. – Т. 91, № 5. – С. 151–153.

8. *Альбицкий, В. Ю.* Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания / В. Ю. Альбицкий. – М. : Союз педиатров России, 2011. – Вып. 13 Социальная педиатрия. – 24 с.

9. *Альбицкий, В. Ю.* Социальная педиатрия: наукометрический анализ / В. Ю. Альбицкий, Н. В. Устинова // Казанский мед.журн. – 2014. – Т. 95, № 1. – С. 103–107.

10. *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. Социология. Политология. – 2012. – Т. 12, № 1. – С. 40–45.

11. *Андриянова, Е. А.* Стратегии взаимодействия населения с учреждениями амбулаторно-поликлинической помощи / Е. А. Андриянова, Ю. А. Позднова // Вестн. мед.ин-та «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2013. – № 1. – С. 44–48.

12. *Антонов, О. В.* Новые организационные формы оказания амбулаторно–поликлинической помощи населению / О. В. Антонов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 2. – С.11–13.

13. *Апарин, И. С.* Семейная медицина и качество медицинского обслуживания / И. С. Апарин // Справочник врача общей практики. – 2008. – № 12. – С. 3–5.

14. *Аристов, В. А.* Возможные проблемы на путях широкомасштабной информатизации здравоохранения / В. А. Аристов // Врач и информационные технологии. – 2010. – № 5. – С. 41–43.

15. *Артюхов И. П.* Человеческий капитал и здоровье: постановка проблемы / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, М. А. Лисняк // Сиб. мед. обозрение. – 2008. – Т. 49, № 1. – С. 3–9.

16. *Артюхов И.П., Новиков О.М., Капитонов В.Ф.* Человеческий капитал и общественное здоровье // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – С.39-40.

17. *Артюхов, И. П.* Заболеваемость семьи и методика её оценки / И. П. Артюхов, В. Ф. Капитонов, О. М. Новиков // Сиб. мед. обозрение. – 2009. – Т. 60, № 6. – С. 96–99.

18. *Артюхов, И. П.* Человеческий капитал и здоровье: подходы к проблеме / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, М. А. Лисняк // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – № 6. – С. 34–41.

19. *Афанасьев, В. Б.* Системный подход в исследовании социально-экономических эффектов внедрения информационно-коммуникационных технологий [Электронный ресурс] / В. Б. Афанасьев // Современные технологии управления. – 2012. – № 8. – Режим доступа :http://sovman.ru/all-numbers/archive-2012/august2012/item/104-02-20-12.html.

20. *Баклушина, Е. К.* Отдельные аспекты удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи в городских поликлиниках / Е. К. Баклушина, М. В. Нуженкова, С. С. Москвина

// Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – № 7–8. – С. 19–21.

21. *Баклушина, Е. К.* Оценка удовлетворенности пациентов городских поликлиник медицинской помощью по данным опроса врачей /Е. К. Баклушина, М. В. Нуженкова, С. С. Москвина // Врач-аспирант. – 2011. – Т. 49, № 6.3. – С. 426–431.

22. *Баранов, А. А.* Профилактическая педиатрия – новые вызовы /А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. Ю. Альбицкий // Вопр. соврем.педиатрии. – 2012. – № 2. – С. 7–11.

23. *Баранов, А. А.* Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии/ А. А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Е.В. Антонова // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 6–10.

24. *Батяева, М. В.* Организация оценки контроля качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе / М. В. Батяева, С. Б. Чолоян // Практическая медицина. – 2008. – № 30. – С. 19–19.

25. *Баялиев, С. А.* Качество сестринской помощи учреждений амбулаторно-поликлинического типа / С. А. Баялиев // Вестн. Кыргызско-Российского Славянского ун-та. – 2010. – Т. 10, № 5. – С. 170–173.

26. *Бранис, И. Е.* Абилитация детей раннего возраста – важный этап в общей системе медицинской реабилитации / И. Е. Бранис, Р. Г. Юрьева // Человек и его здоровье : материалы Российского нац. конгр. с междунар. участием. – СПб., 2003. – С. 2.

27. *Брюховец, Т. В.* Социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска заболеваний у детей раннего возраста, родившихся недоношенным / Т. В. Брюховец // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2007. – № 2. – С. 35–38.

28. *Бураковский, В. И.* «Айболит» – новая технология для классификации, диагностики и интенсивного индивидуального лечения / В. И. Бураковский, В. А. Лищук, Д. Ш. Газизова // Препринт ИССХ им.А.Н.Бакулева. – М., 1991. – С. 63.

29. *Бургарт, Ю. В.* Медико-социальное состояние молодых семей и социальный статус отца / Ю. В. Бургарт, А. В. Шульмин, Е. А. Добрецова // Медицина в XXI веке: тенденции и перспективы : материалы IIIВсерос. науч. Интернет-конференции с междунар. участием. – Казань, 2014. – С. 26–28.

30. *Вёрткин, А. Л.* Особенности взаимодействия работы амбулаторно-поликлинической службы и скорой медицинской помощи / А. Л. Вёрткин, Э. И. Узуева // Врач скорой помощи. – 2013. – № 1. – С. 33–36.

31. *Внедрение информационных технологий* в амбулаторно-поликлиническую практику / Н. Х. Шарафутдинова, Ж. А. Иржанов, А. Х. Турьяно [и др.] // Научные ведомости Белгородского гос. ун-та. – 2012. – Т. 18, № 10–1. – С. 167–169.

32. *Гаджиев, Р. С.* Пути повышения качества и эффективности труда медицинских сестер городских поликлиник / Р. С. Гаджиев, Н. О. Садраддинова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 4. – С. 26–29.

33. *Гайдаров, Г. М.* Модернизация здравоохранения субъекта российской федерации как новый этап в повышении доступности и качества медицинской помощи населению / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 1. – С. 11–29.

34. *Гареева, И. А.* Доступность системы здравоохранения для населения в условиях социальной дифференциации / И. А. Гареева // Власть и управление на Востоке России. – 2012. – № 1. – С. 164–170.

35. *Гасников, В. К.* Информатизация здравоохранения как объект управления на различных иерархических уровнях / В. К. Гасников // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 2.

36. *Герасимова Л. И.* Анализ результативности амбулаторно-поликлинической службы / Л. И. Герасимова, Р. С. Матвеев, В. Н. Викторов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 1. – С. 52–55.

37. *Гильманов А. А.* Опыт преподавания медицинской информатики с использованием медицинских информационных систем, применяемых в медицинских учреждениях республики Татарстан / А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский, А.Н. Хисамутдинов// Врач и информационные технологии. – 2010. – № 3. – С. 66-68.

38. *Голосная, Г. С.* Проблемы лечения заболеваний нервной системы у детей раннего возраста / Г. С. Голосная // Практика педиатра. – 2012. – № 1. – С. 32–36.

39. *Голубовский, С. А.* К вопросу совершенствования амбулаторно – поликлинической помощи населению на уровне концептуальной модели / С. А. Голубовский, Ю. Н. Колбенев // Междунар. журн. прикладных и фундам. исслед. – 2010. – № 5. – С. 82–83.

40. *Гонохова, Л. Г.* Особенности медико-демографической ситуации района обслуживания городской поликлиники на современном этапе / Л. Г. Гонохова // Дальневосточный мед.журн. – 2008. – № 3. – С. 97–99.

41. *Гончарова, Е. Л.* К вопросу о субъекте психолого-педагогического сопровождения в формирующейся практике комплексной помощи детям раннего возраста / Е. Л. Гончарова // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 45–50.

42. *Гончарова, О. В.* Образовательные программы по уходу

за ребенком в кабинетах здорового ребенка детских лечебно-профилактических учреждений / О. В. Гончарова // Мед.совет. – 2013. – № 1. – С. 73–79.

43. *Горачук, В. В.* Методические подходы к определению удовлетворенности пациентов (их представителей) медицинской помощью в учреждении здравоохранения / В. В. Горачук, Н. Г. Гойда // Современная педиатрия. – 2012. – № 1. – С. 15–18.

44. *Гудонис, В. П.* Анализ причин нарушения развития детей и некоторые пути их профилактики / В. П. Гудонис // Дефектология. – 2004. – № 4. – С. 8–17.

45. *Гусев, А. В.* Об аналитических материалах, опубликованных в разделе «Информатизация здравоохранения» сайта Минздравсоцразвития РФ / А. В. Гусев // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 8. – С. 73–79.

46. *Гусева, С. Л.* Организационная структура как основа стратегического управления лечебным учреждением / С. Л. Гусева // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 7. – С. 5–8.

47. *Гусева, С. Л.* Реформирование системы управления в первичном звене муниципального здравоохранения / С. Л. Гусева, И. Н. Кондратьев, К. Г. Пучков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 20. № 4. – С. 3.

48. *Демидов, А. Ю.* Перспективы информатизации здравоохранения / А. Ю. Демидов // Информатизация и связь. – 2011. – № 4. – С. 66–67.

49. *Дзеранова, Н. Г.* Оценка эффективности обучения медицинских работников информационным технологиям / Н. Г. Дзеранова // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 4. – С. 74–76.

50. *Доступность и качество* амбулаторно-поликлинической помощи / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 2. – С. 16–18.

51. *Доютова, М. В.* Организационно-методические подходы к совершенствованию оказания амбулаторно-поликлинической помощи / М. В. Доютова // Мед.альманах. – 2012. – № 1. – С. 17–20.

52. *Дубровин, А. А.* Проблемы и пути решения организации доступа населения к информационным ресурсам в лечебно-профилактических учреждениях при внедрении комплексной медицинской информационной системы / А. А. Дубровин, Н. М. Жилина // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 1. – С. 50–54.

53. *Евсикова, Е. Ю.* Возможности ранней диагностики гинекологической патологии у школьниц с помощью автоматизированной системы АСПОН / Е. Ю. Евсикова, М. Г. Курбатов // Известия Южного федерального университета – 2008. – Т. 83. – № 6. – С. 190-193.

54. *Изместьева, О. В.* Характеристика экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на прорезывание временных зубов у детей / О. В. Изместьева, М. Ю. Галактионова, Г. Г. Манашев // Сиб. мед. обозрение. – 2012. – Т. 76, № 4. – С. 40–45.

55. *Изучение мнения населения* об организации и качестве амбулаторно-поликлинической помощи / З. Ш. Абдурахманова, У. Г. Ильясова, Г. А. Исмаилова [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4. – С. 31–32.

56. *Изучение факторов,* оказывающих влияние на качество медицинской помощи / З. Ш. Абдурахманова, У. Г. Ильясова, Г. А. Исмаилова [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4. – С. 33–35.

57. *Информатизация здравоохранения регионального* уровня на основе типовых медицинских информационных систем / Э. Ш. Салихова, М. А. Красиков, Т. Б. Шустикова [и др.] // Врач и информационные технологии. – 2010. – № 1. – С. 36–41.

58. *Информационные и коммуникационные* технологии в дистанционном образовании: специализированный учебный курс : пер. с англ. / М. Г. Мур, У. Макинтош, Л. Блэк [и др.]. – М. : Обучение-Сервис, 2006. – 632 с.

59. *Ипполитова, Л. И.* Особенности ранней адаптации и вскармливания детей, извлеченных кесаревым сечением / Л. И. Ипполитова, Я. А. Туровский // Вестн. новых мед.технологий. – 2009. – № 3. – С. 50–52.

60. *Ибрагимов, И.М.* Информационные технологии и средства дистанционного обучения: учебное пособие для вузов/ И.М. Ибрагимов; под ред. А.Н. Ковшова.- Изд 2-е., стереотип.-М.: Академия,2007. – 330 с.

61. *История развития амбулаторно-поликлинической* службы в России / В. А. Кирьяков, Л. М. Сааркоппель, И. В. Лапко [и др.] // Санитарный врач. – 2013. – № 4. – С. 29–35.

62. *К вопросу о методологии* оценки здоровья населения / И. П. Артюхов, Н. Н. Медведева, В. Г. Николаев [и др.] // Казанский мед. журн. – 2013. – Т. 94, № 4. – С. 522–526.

63. *Казарин, Б. В.* Здоровье населения и модернизация здравоохранения / Б. В. Казарин // Междунар. журн. экспериментального образования. – 2011. – № 3. – С. 106–110.

64. *Калмыкова, А. С.* Значение грудного вскармливания для здоровья, физического развития детей раннего возраста (на примере Ставрополья) / А. С. Калмыкова, М. А. Попова, О. С. Феодосиади // Сборник материалов научно-практической конференции педиатров России «Фармакотерапия и диетология в педиатрии». – М., 2007. – С. 68.

65. *Капитонов, В. Ф.* Генетический подход в оценке характеристики роста и развития ребенка / В. Ф. Капитонов // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2005. – Т. 84, № 3. – С. 58–60.

66. *Капитонов, В. Ф.* Преимущества семейного подхода к диспансеризации детей / В. Ф. Капитонов // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2005. – Т. 84, № 1. – С. 112–114.

67. *Каплан, Р.С.* Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию / Роберт С. Каплан,Дейвид П. Нортон. – Москва: Олимп-Бизнес, 2016. – 320 с.

68. *Квасов, С. Е.* Современные проблемы информатизации здравоохранения в условиях глобализации общества / С. Е. Квасов, А. Н. Эделева, М. Н. Вереш // МедиАль. – 2012. – № 1. – С. 67–69.

69. *Кешишян, Е. С.* Современные взгляды на введение прикорма детям первого года жизни / Е. С. Кешишян // Рос.вестн. перинатологии и педиатрии. – 2010. – Т. 55, № 4. – С. 98–100.

70. *Кобринский, Б. А.* Мониторинг состояния здоровья детей с использованием современных компьютерных технологий: состояние и перспективы / Б. А. Кобринский // Рос.вестн. перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 6–11.

71. *Кобринский, Б. А.* Ретроспективный анализ медицинских электронных систем /Б. А. Кобринский // Новости искусственного интеллекта. – 2005. – № 2. – С. 6–17.

72. *Ковтун, О. П.* Российская педиатрия: первоочередные задачи / О. П. Ковтун // Здравоохранение. – 2013. – № 1. – С. 32–39.

73. *Колбенев Ю. Н.* Вопросы оптимизации структуры поликлиники в современной ситуации / Ю. Н. Колбенев, С. А. Голубовский // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – Т. 9. – С. 199–200.

74. *Конь, И. Я.* Пробиотические и кисломолочные продукты в питании детей раннего возраста / И. Я. Конь // Лечащий врач. – 2007, № 1. – С. 8–12.

75. *Корнилова Г. М.* Роль медицинских учреждений в поддержке грудного вскармливания / Г. М. Корнилова, Л. Н. Заболотная, Л. З. Сафина // Практическая медицина. – 2010. – Т. 45, № 6. – С. 118–120.

76. *Кузмичев, Ю. Г.* Динамика показателей длины и массы тела детей первого года жизни, находящихся на естественном вскармливании по рекомендациям национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ / Ю. Г. Кузмичев, М. И. Орлова // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 54, № 5.3. – С. 459–466.

77. *Куликов, А. М.* Пути совершенствования медико-социальной помощи подросткам / А. М. Куликов // Вопр. школьной и университетской медицины и здоровья. – 2014. – № 3. – С. 41–42.

78. *Куликов, О. В.* Оказание медико-социальной помощи детям и семьям в условиях детской поликлиники / О. В. Куликов, М. В. Муратова, Н. В. Тимакова // Рос.педиатр. журн. – 2013. – № 6. – С. 11–15.

79. *Куракова, Н. Г.* Информатизация здравоохранения в зеркале приоритетов, технологий и моделей действия / Н. Г. Куракова // Врач и информационные технологии. – 2011. – № 2. – С. 68–71.

80. К*урортная педиатрия сегодня* / Л. Н. Шведунова, Л. М. Бабина, А. А. Зайцев [и др.] // Курортная медицина. – 2012. – № 2. – С. 4–12.

81. *Кучма, В. Р.* Научно-методические основы деятельности врача по гигиене детей и подростков детской поликлиники (отделения) / В. Р. Кучма, А. Г. Сухарев // Российский педиатрический журнал. – 2013. – №2. – С. 44–47.

82. *Кучма, В. Р.* Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. / В. Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2013. – № 6. – С. 26–30.

83. *Лазуренко, С. Б.* Комплексный подход к восстановлению здоровья детей раннего возраста с перинатальной патологией на амбулаторно-поликлиническом участке / С. Б. Лазуренко // Заместитель главного врача. – 2012. – № 8. – С. 82–87.

84. *Лактионова, Л. В.* Организация информационного пространства медицинского учреждения / Л. В. Лактионова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 30, № 2. – С. 7.

85. *Лапрун, И. Б.* ИТ в отечественной медицине. Все еще в начале пути / И. Б. Лапрун // Врач и информационные технологии. – 2008. – № 1. – С. 28–37.

86. *Латышева, В. В.* Политика формирования доверия пациентов в процессе организации первичной медико-санитарной помощи / В. В. Латышева, М. А. Гаджинская // Сборник научных трудов SWorld по материалам международной научно-практической конференции. – 2010. – Т. 14, № 2. – С. 79–86.

87. *Липский, С.* Роль информационных технологий в современной медицине / С. Липский // Социальная политика и социальное партнерство. – 2013. – № 6. – С. 46–51.

88. *Маметов, Д. А.* Организация управления информационным ресурсом в муниципальном учреждении здравоохранения / Д. А. Маметов // Главврач. – 2008. – № 5. – С. 75–85.

89. *Медико-психолого-педагогическая помощь* детям с ограниченными возможностями здоровья: пути совершенствования / С. Б. Лазуренко, Л. С. Намазова-Баранова, С. Р. Конова [и др.] // Рос. педиатр. журн. – 2013. – № 2. – С. 39–43.

90. *Медико-социальное состояние полных* детных семей (семейный человеческий потенциал) в динамике / И. П. Артюхов, В.

Ф. Капитонов, О. М. Новиков [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 1. – С. 41–45.

91. *Медицинская грамотность (компетентность):* состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья / К. Р. Амлаев, В. Н. Муравьева, А. А. Койчуев [и др.] // Мед.вестн. Северного Кавказа. – 2012. – Т. 28, № 4. – С. 75–79.

92. *Мельников, Г. Я.* Оказание медицинской помощи населению / Г. Я. Мельников, И. В. Федоренко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 13–14.

93. *Модель реформирования первичной* медицинской помощи / А. А. Калининская, И. М. Сон, С. Л. Гусева [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6–10.

94. *Модестов, А. А.* Состояние здоровья пациентов поликлиники / А. А. Модестов, Г. Н. Гаас, С. Э. Покровская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 12, № 4. – С. 11.

95. *Намазова-Баранова, Л. С.* Научные исследования и инфраструктура платформы «Педиатрия» / Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2012. – № 4. – С. 15–24.

96. *Нестеров, В. Г.* Анализ использования глобальной телекоммуникационной сети информационных ресурсов врачами-терапевтами поликлиник / В. Г. Нестеров, Е. В. Нестерова // Информационные системы и технологии. – 2009. – № 6. – С. 88–93.

97. *Нигмедзянова, Н. И.* Информационные технологии в здравоохранении региона / Н. И. Нигмедзянова // Экономика и предпринимательство. – 2013. – № 12–1. – С. 253–256.

98. *Никитина, Е. А*. Взаимодействие детского сада и начальной школы по формированию культуры здорового образа жизни у дошкольников и младших школьников / Е. А. Никитина // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2009. – № 4. – С. 83–99.

99. *Никифоров, С. А.* К вопросу развития муниципального здравоохранения / С. А. Никифоров, Е. В. Ползик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 3. – С. 33–37.

100. *Огородова, Л. М.* Технологическая платформа «Педиатрия». Предложения к концепции программных мероприятий / Л. М. Огородова, И. А. Деев, Ф. И. Петровский // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 11–14.

101. *Одинцов, В. А.* Организационные особенности использования компьютерных технологий в управлении здравоохранением / В. А. Одинцов // Экология человека. – 2009. – № 11. – С. 37–42.

102. *Оказание амбулаторно-поликлинической* помощи детям с нарушениями развития в раннем возрасте / Е. П. Зубова, А. З.

Фаррахов, Р. Ф. Шавалиев [и др.] // Мед.альманах. – 2014. – Т. 31, № 1. – С. 10–14.

103. *Организационные принципы и* технологии профилактики XXI века / Т. В. Яковлева, А. А. Баранов, А. А. Иванова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 3–9.

104. *Организация амбулаторно-поликлинической* помощи в Европе медицинские новости / М. Ю. Александров, В. А. Дюльдин, О. В. Асташева [и др.] // Социологическая оценка качества медицинской помощи в поликлинике муниципального образования. – 2013. – № 7. – С. 77–80.

105. *Организация системы логистического* управления потоками пациентов амбулаторно-поликлинического учреждения / Н. К. Гусева, М. В. Доютова, В. А. Соколов [и др.] // Сборник научных трудов SWorld по материалам международной научно-практической конференции. – 2011. – Т. 23, № 2. – С. 31–37.

106. *Оценка безопасности ревакцинации* детей старше 1,5 лет против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции типа ввакциноПентаксим / С. М. Харит, Т. В. Черняева, Е. П. Начарова [и др.] // Журн. инфектологии. – 2009. – Т. 1, № 2–3. – С. 73–78.

107. *Оценка доступности и* качества медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения / Е. Ю. Огнева, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 1–2. – С. 30–39.

108. *Оценка физического развития* детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания / Л. В. Яковлева, А. А. Латыпова, В. Р. Башаров [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 509.

109. *Оценка эффективности информационных* потоков в системе здравоохранения / А. В. Шульмин, О. В. Воронюк, Е. А. Аверченко [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 23–27.

110. *Первая отечественная информационная* система – база данных клинических случаев пациентов детского возраста с персистирующей бронхиальной астмой / Е. А. Вишнёва, Л. С. Намазова-Баранова, Е. В. Антонова [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2015. – № 1. – С. 18–21.

111. *Петричко, Т. А.* Медико-социальная эффективность профилактических технологий в муниципальном здравоохранении / Т. А. Петричко, И. М. Давидович, И. А. Шапиро // Дальневосточный мед.журн. – 2009. – № 4. – С. 120–123.

112. *Петровский, Б. В.* Врачебная этика в прошлом, настоящем и будущем / Б. В. Петровский // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 70–78.

113. *Применение методов SWOT-анализа*, экспертных оценок, SWOT-анализа в сочетании с экспертными оценками в решении задач здравоохранения : учеб.пособие для системы послевуз. образования врачей / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, В. Ф. Мажаров [и др.]. – Красноярск :КрасГМУ, 2014. – 160 с.

114. *Реабилитационное лечение детей-реконвалесцентов* острой пневмонией в условиях поликлиники / Н. Б. Троицкая, Н. Э. Антоненко, И. Е. Родионова [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2008. – № 2. – С. 81–93.

115. *Реформы и модернизации* здравоохранения в «зеркале» медицинской статистики // А. Е. Сухарев, Н. А. Булах, Т. Н. Ермолаева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 11. – С. 121–127.

116. *Романов, С. В.* Правовое развитие сектора информационных технологий и активность освоения информационных технологий инновационными предприятиями РФ / С. В. Романов // Экономика и предпринимательство. – 2013. – № 4. – С. 357–360.

117. *Рыжов, Р. С.* Правовое регулирование отношений, связанных с информационными технологиями и защитой информации / Р. С. Рыжов // Административное и муниципальное право. – 2011. – № 9. – С. 64–68.

118. *Рюмина, И. И.* Консультирование родителей по вопросам вскармливания ребенка первого года жизни / И. И. Рюмина // Педиатрическая фармакология. – 2010. – Т. 7, № 3. – С. 106–112.

119. *Светличная, Т. Г.* Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 19, № 3. – С. 6.

120. *Светличная, Т. Г.* Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова, А. В. Кудрявцев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 3. – С. 18–21.

121. *Сенюшкин, А. Н.* Пути улучшения амбулаторно-поликлинической помощи в детских поликлиника / А. Н. Сенюшкин // Пермский мед.журн. – 2013. – Т. 30, № 3. – С. 87–92.

122. *Сквирская, Г. П.* Современные подходы к формированию моделей профилактической деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений и применению организационных технологий профилактики / Г. П. Сквирская // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 5. – С. 49–59.

123. *Совершенствование управления многопрофильной* медицинской организацией в современных условиях / Р. Ф.

Гайфуллин, Р. Х. Ягудин, Р. П. Гуслякова [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 60. – С. 65–68.

124. *Социально-гигиенический, медико-демографический*, соматический и стоматологический статусы семей, проживающих в экстремальных климатических условиях Севера / Ю. В. Чижов, И. Д. Ушницкий, П. Г. Варламов [и др.] // Якутский мед.журн. – 2013. – № 3. – С. 81–84.

125. *Социальные последствия снижения* доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи на уровне субъекта Российской Федерации / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 2. – С. 51–52.

126. *Ступак, В. С.* Организационные технологии динамического наблюдения за детьми раннего возраста с перинатальными заболеваниями / В. С. Ступак, С. М. Колесникова, Е. В. Подворная // Тихоокеанский мед.журн. – 2009. – № 4. – С. 89–91.

127. *Сунцев, Ю. И.* Государственный регистр больных сахарным диабетом – основная информационная система для расчета экономических затрат государства на сахарный диабет и их прогнозирование / Ю. И. Сунцев, И. И. Дедов // Сахарный диабет. – 2005. – № 2. – С. 2–5.

128. *Суханова, Л. П.* Структура и уровень перинатальной патологии в современной России / Л. П. Суханова // Материалы V Всероссийского конгресса по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М., 2005. – С. 6–7.

129. *Тавровский, В. М.* К чему должна привести информатизация здравоохранения: попытка спроектировать будущее / В. М. Тавровский, А. В. Гусев // Врач и информационные технологии. – 2011. – № 5. – С. 60–76.

130. *Тюмина, О. В* Опыт внедрения инновационной модели управления процессом разработки и внедрения новых технологий в медицинском учреждении / О. В Тюмина, О. Г. Хурцилава, В. Н. Филатов // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 7–11.

131. *Украинцев, С. Е.* Продукты прикорма с новыми свойствами в питании детей первого года жизни / С. Е. Украинцев, О. К. Нетребенко // Перинатология и педиатрия. – 2007. № – 1. – С. 101–104.

132. *Фаррахов, А. З.* Информатизация системы здравоохранения как важный раздел инновационных управленческих стратегий / А. З. Фаррахов // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 1. – С. 12–15.

133. *Флеров, А. В.* Оценка эффективности овладения информационными технологиями / А. В. Флеров // Наука и образование в современном обществе: вектор развития : сб. науч. тр.

по материалам Международной научно-практической конференции. В 7 частях. – М., 2014. – Ч. 4. – С. 138–139.

134. *Формирование грамотности в* вопросах здоровья у некоторых категорий пациентов (обзор) / К. Р. Амлаев, С. М. Койчуева, З. Д. Махов [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16, № 2. – С. 18–22.

135. *Хавкин, А. И.* Коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / А. И. Хавкин, Н. С. Жихарева // Вопр. соврем.педиатрии. – 2005. – № 5. – С. 88–91.

136. *Хакимова Л. С.* Финансовое обеспечение доступности медицинской помощи / Л. С. Хакимова // РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2011. – № 3. – С. 230–232.

137. *Хлынин, М. С.* Оценка населением здоровья и качества медицинской помощи как показателей проводимой модернизации здравоохранения / М. С. Хлынин // Бюл. сиб. медицины. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 97–100.

138. *Храмкова, М. А*. Информационные технологии в медицине / М. А. Храмкова // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. – 2009. – № 2. – С. 17–21.

139. *Хусанова, Т. К.* Психолого-педагогические особенности изучения и применения информационно-коммуникационных технологий / Т. К. Хусанова, Г. А. Искандарова // Вестн. Института языков. – 2013. – Т. 2, № 2. – С. 85–89.

140. *Центры здоровья: достигнутые* результаты и перспективы / Н. В. Погосова, Э. К. Вергазова, А. К. Аушева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2014. – Т. 17, № 4. – С. 16–24.

141. *Цыганова, О. А.* Детерминанты удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи / О. А. Цыганова, Т. Г. Светличная, А. В. Кудрявцев // Экология человека. – 2011. – № 2. – С. 13–16.

142. *Чеченин, Г. И.* Состояние информатизации и автоматизации управления в системе охраны здоровья населения на региональном уровне / Г. И. Чеченин // Врач и информационные технологии. – 2009. – № 1. – С. 56–58.

143. *Чичерин, Л. П.* Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации / Л. П. Чичерин, М. В. Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 3. – С. 22–26.

144. *Чичерин, Л. П.* Пути дальнейшего развития и внедрения принципов социальной педиатрии / Л. П. Чичерин // Рос.педиатр. журн. – 2013. – № 6. – С. 28–30.

145. *Шеин, А. Ф.* Анализ эффективной инновационной деятельности в лечебно-профилактических учреждениях / А. Ф.

Шеин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 19.

146. *Шилкин, И. П.* Медицинские информационные и телекоммуникационные системы / И. П. Шилкин, Л. М. Яковенко // Медицина катастроф. – 2012. – № 2. – С. 57–61.

147. *Шильникова, Н. Ф.* Анализ социальной удовлетворенности населения амбулаторно-поликлинической помощью / Н. Ф. Шильникова, О. В. Ходакова, И. В. Богатова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 40–42.

148. *Шишкина, Е. В.* Инфосоциализация пациентов в условиях информатизации здравоохранения (по материалам социологических исследований) / Е. В. Шишикина // Вестник Адыгейского гос. ун-та. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2013. – № 1. – С. 165–169.

149. *Шульмин, А. В.* Информационные компетенции врачей-терапевтов участковых / А. В. Шульмин // Сиб. мед.обозрение. – 2010. – Т. 63, № 3. – С. 105–109.

150. *Шульмин, А. В.* Оценка информационных потоков в лечебно-профилактическом процессе / А. В. Шульмин, Е. А. Аверченко, О. В. Воронюк // Российская академия медицинских наук. Бюл. Национального науч.-исслед. ин-та общественного здоровья. – 2010. – № 3. – С. 159–161.

151. *Щепин, В. О.* Структурно-функциональный анализ посещений населением Российской Федерации врачей амбулаторно–поликлинических учреждений / В. О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 11–14.

152. *Щепин, В. О.* Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в российской федерации /В. О. Щепин, О. В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 6. – С. 26–31.

153. *Элланский, Ю. Г.* Возможности донозологической диагностики бронхиальной астмы с помощью автоматизированной системы для профилактических осмотров детей «АСПОН» / Ю. Г. Элланский, С. Г. Пискунова // Известия Южного федерального университета – 2006. –Т. 66, № 11. – С. 114.

154. *Эрман, Л. В.* Питание и развитие ребенка часть II. Прошлое и настоящее практики вскармливания детей раннего возраста /Л. В. Эрман, М. В. Эрман // Медицина. XXI век. – 2008. – № 12. – С. 16–19.

155. *Юдин В. Н.* Система информационной поддержки врачебных решений, основанная на модифицированном методе динамического кластерного анализа / В. Н. Юдин // Труды Института системного

программирования РАН – 2002. – Т. 3. – С. 103–119.
156. *Юсупов, Ф.* О подготовке будущих преподавателей по информационно-коммуникационным технологиям — перспектива развития информационных технологий / Ф. Юсупов, У. Сапаев // Молодой ученый. – 2014. – Т. 65, № 6. – С. 777–779.
157. *Яворская, О. В.* Актуальные организационные проблемы поддержки грудного вскармливания в РФ / О. В. Яворская // Вопр. детской диетологии. – 2007. – Т. 5, № 2. – С. 37–44.
158. *Ядов, В.А.* Стратегия социологического исследования. Описание,объяснение, понимание социальной реальности/ В.А. Ядов. – 3-е изд., испр. –Москва: Омега-Л, 2007. — 567 с.
159. *Яковлева, Т. В.* Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи / Т. В. Яковлева, А. А. Баранов // Вопр. соврем.педиатрии. – 2009. – № 2. – С. 6–10.
160. *Яцык, Г. В.* Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста / Г. В. Яцык, И. А. Беляева, Е. П. Бомбардирова // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 22–26.
161. Access to digital technology among families coming to urban pediatric primary care clinics / T. L. Demartini, A. F. Beck, M. D. Klein [et al.] // Pediatrics. – 2013. – Vol. 132, № 1. – P. e142–e148.
162. Bauer, N. S. Understanding the acceptability of a computer decision support system in pediatric primary care / N. S. Bauer, A. E. Carroll, S. M. Downs // J. Am. Med. Inform. Assoc. – 2014. – Vol. 21, № 1. – P. 146–153.
163. Blumenthal, D. Stimulating the adoption of health information technology / D. Blumenthal // N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 360, № 9. – P. 1477–1479.
164. Cahill, J. E. Personal health records as portal to the electronic medical record / J. E. Cahill, M. R. Gilbert, T. S. Armstrong // J. Neurooncol. – 2014. – Vol. 117, Iss. 1. – P. 1–6.
165. Conway, P. H. The public role in promoting child health information technology / P. H. Conway, P. J. White, C. Clancy // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123, Suppl. 2. – P. S125–S127.
166. Costs and benefits of health information technology: new trends from the literature / C. L. Goldzweig, A. Towfigh, M. Maglione [et al.] // H Health Aff. (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 2. – P. w282–w293.
167. Diamond, C. C. Collecting and sharing data for population health: a new paradigm / C. C. Diamond, F. Mostashari, C. Shirky // Health Aff. (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 2. – P. 454–466.
168. Dudas, R. A. Pediatric caregiver attitudes toward email communication: survey in an urban primary care setting / R. A. Dudas, M. Crocetti // J. Med. Internet Res. – 2013. – Vol. 15, № 10. – P. e228.
169. Electronic medical record use in pediatric primary care / A. G. Fiks, E. A. Alessandrini, C. B. Forrest [et al.] // J. Am. Med. Inform. As-

soc. – 2011. – Vol. 18, № 1. – P. 38–44.
170. Fairbrother, G. It is Time! Accelerating the use of child health information systems to improve child health / G. Fairbrother, L. A. Simpson // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123, Suppl. 2. – P. S61–S63.
171. Financial effects of health information technology: a systematic review / A. F. Low, A. B. Phillips, J. S. Ancker [et al.] // Am. J. Manag. Care. – 2013. – Vol. 19, № 10. – P. SP369–SP376.
172. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 3. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
173. Hardiker, N. R. Factors that influence public engagement with eHealth: a literature review / N. R. Hardiker, M. J. Grant // Int. J. Med. Inform. – 2011. – Vol. 80, Iss. 1. – P. 1–12.
174. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis / R. Atun, T. de Jongh, F. Secci [et al.] // Health Policy Plan. – 2010. – Vol. 25, № 2. – P. 104–111.
175. Jamal, A. The impact of health information technology on the quality of medical and health care: a systematic review / A. Jamal, K. McKenzie, M. Clark // HIM J. – 2009. – Vol. 38, № 3. – P. 26–37.
176. Kottke, T. E. The simple health system rules that create value / T. E. Kottke, N. P. Pronk, G. J. Isham // Prev. Chronic Dis. – 2012. – Vol. 9. – P. E49.
177. Lipman, H. M. Health and medicine in Russia / H. M. Lipman // Lancet. – 2013. – Vol. 381, № 9884. – P. 2163–2164.
178. MacTaggart, P. Policy and system strategies in promoting child health information systems, including the role of Medicaid, the state children's health insurance program, and public financing / P. MacTaggart, B. Bagley // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123, Suppl. 2. – P. S111–S115.
179. Mastro, K. A. Patient– and family–centered care: a call to action for new knowledge and innovation / K. A. Mastro, L. Flynn, C. Preuster // J. Nurs. Adm. – 2014. – Vol. 44, № 9. – P. 446–451.
180. Mehndiratta, S. Strategies to reduce medication errors in pediatric ambulatory settings / S. Mehndiratta // J. Postgrad. Med. – 2012. – Vol. 58, № 1. – P. 47–53.
181. Parente, S. T. Health information technology and patient safety: evidence from panel data / S. T. Parente, J. S. McCullough // Health Aff. – 2009. – Vol. 28, № 2. – P. 357–360.
182. Patient portal implementation: resident and attending physician attitudes / L. E. Keplinger, R. J. Koopman, D. R. Mehr [et al.] // Fam. Med. – 2013. – Vol. 45, № 5. – P. 335–340.
183. Pediatricians' involvement in community child health from 2004 to 2010 / C. S. Minkovitz, H. Grason, B. S. Solomon [et al.] // Pediatrics. – 2013. – Vol. 132, № 6. – P. 997–1005.

184. Pediatricians' use of health information technology: a national survey / M. G. Leu, K. G. O'Connor, R. Marshall [et al.] // Pediatrics. – 2012. – Vol. 130, № 6. – P. e1441–e1446.

185. Public attitudes about health information technology, and its relationship to health care quality, costs, and privacy / D. S. Gaylin, A. Moiduddin, S. Mohamoud [et al.] // Health Serv. Res. – 2011. – Vol. 46, № 3. – P. 920–938.

186. Reflections on well-child care practice: a national study of pediatric clinicians / J. L. Tanner, M. T. Stein, L. M. Olson [et al.] // Pediatrics. – 2009. – Vol. 124, № 3. – P. 849–857.

187. Russian Federation: health system review / L. Popovich, E. Potapchik, S. Shishkin [et al.] // Health Syst. Transit. – 2011. – Vol. 13, № 7. – P. 1–190.

188. Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA) // EFSA J. – 2009, Vol. 7, № 12. – P. 1423.

189. Scope of practice issues in the delivery of pediatric health care // Pediatrics. – 2013. – Vol. 131, № 6. – P. 1211–1216.

190. Self–reported quality of life of young children with conditions from early infancy: a systematic review / J. Jardine, S. V. Glinianaia, H. McConachie [et al.] // Pediatrics. – 2014. – Vol. 134, № 4. – P. e1129–e1148.

191. Spooner, S. A. Data standards and improvement of quality and safety in child health care / S. A. Spooner, D. C. Classen // Pediatrics. – Vol. 123, Suppl. 2. – P. S74–S79.

192. The Benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results / M. B. Buntin, M. F. Burke, M. C. Hoaglin [et al.] // Health Aff. – 2011. – Vol. 30, № 3. – P. 464–471.

193. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview [Electronic resource] / A. D. Black, J. Car, C. Pagliari [et al.] // PLoS Med. – 2011. – Vol. 8, № 1. – URL : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022523/.

194. Use of electronic health record systems by office–based pediatricians / C. U. Lehmann, K. G. O'Connor, V. A. Shorte [et al.] // Pediatrics. – 2015. – Vol. 135, № 1. – P. e7–e15.

195. Zuckerman, A. E. The role of health information technology in quality improvement in pediatrics / A. E. Zuckerman // Pediatr. Clin. North Am. – 2009. – Vol. 56, Iss. 4. – P. 965–973.

Подписано в печать 20.08.2018 г. Формат 60 × 84 / 16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 7,2 . Тираж 100 экз. Изд. № 171п

Оригинал-макет изготовлен издательством НГМУ
г. Новосибирск, ул. Залесского, 4
Отпечатано в типографии НГМУ
г. Новосибирск, ул. Залесского, 4.
Тел/факс: (383) 225–24–29