

76 динд

Ломанов О.В.



ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Дневной стационар как форма оказания помощи больным»

Выполнил: Обучающийся 5 курса 9 группы
педиатрического факультета
Богданов Дмитрий Андреевич

Волгоград 2018г.



Содержание:

1. Введение	3
2. Цель	4
3. Задачи	4
4. Основные понятия и определения	5
5. Теоретическая часть	6
6. Собственное исследование	15
7. Выводы	20
8. Список литературы	21

Введение:

Стационар дневного пребывания – это одно из структурных подразделений лечебно-профилактического учреждения, предназначенное для пребывания пациентов, не нуждающихся в круглосуточном контроле за их состоянием и наблюдении медицинского персонала.

Дневной стационар является структурным подразделением детской поликлиники .

В условиях дневного стационара оказывается плановая медицинская помощь пациентам, которым по состоянию здоровья необходимо медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуется круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Максимальные сроки ожидания плановой госпитализации в дневной стационар не превышают 14 дней.

Основными задачами дневного стационара детской поликлиники являются:

- Проведение диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нефрологическими заболеваниями, отоларингологических болезней.
- Выявление гастро- нефро- заболеваний.
- Наблюдение больных после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.
- Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным заболеванием и противорецидивное лечение больным с хроническим течением заболевания по гастро-, нефро-, ЛОР профилям.

В каждой области медицины есть перечень показаний, являющихся основанием для направления пациента в дневной стационар. Отзывы пациентов, как и статистика, свидетельствуют об удобстве и эффективности такой формы оказания медицинской помощи.

Именно поэтому актуальность дневных стационаров постоянно растет, особенно в детских поликлиниках, так как это позволяет детям ночью находится дома, а не в больнице, что нередко сопровождается стрессом и паникой для детей. Дневной стационар так же позволяет снизить риски возникновения внутрибольничных инфекций, так как суточное пребывание ребенка сокращено. Это также удобно родителям-позволяет днем ходить на работу, пока ребенок в стационаре, а вечером и ночью быть с ним дома. Со стороны ЛПУ дневной стационар требует меньше затрат на лечение одной нозологии, поэтому экономия средств-основное преимущество дневных стационаров для поликлиники.

Цель: изучить дневной стационар как форму оказания помощи больным

Задачи:

1. Узнать об организации, функциях и задачах дневного стационара
2. Обозначить преимущества и недостатки дневного стационара

Основные определения и понятия

Стационар дневного пребывания – это одно из структурных подразделений лечебно-профилактического учреждения, предназначенное для пребывания пациентов, не нуждающихся в круглосуточном контроле за их состоянием и наблюдении медицинского персонала.

Стационар дневного пребывания обеспечивает медицинскую помощь населению в следующих направлениях:

Профилактические мероприятия, в частности, профилактика обострений длительно текущих хронических заболеваний (в соответствии с рекомендациями наблюдающего пациента профильного специалиста).

Лечение пациентов, требующих наблюдения на время проведения терапевтических процедур, но не нуждающихся в круглосуточном контроле состояния.

Реабилитационные мероприятия в объемах, доступных реабилитационным службам данного лечебно-профилактического учреждения. -

Объем медицинской помощи, предусмотренный в дневном стационаре:

-Внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции.

-Внутривенные инфузии лекарственных растворов.

-Наблюдение и лечение пациентов, закончивших стационарное лечение и выписанных в ранние сроки из стационара и получивших рекомендации о завершении терапии и реабилитации в условиях активного режима.

-Медицинское наблюдение за пациентами, перенесшими несложные оперативные вмешательства в стационарных условиях, после которых они не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении (речь идет о послеоперационном периоде после таких вмешательств, как, например, хирургическое лечение доброкачественных новообразований, вмешательство по поводу вросшего ногтя, неосложненных флегмон, панариция).

Теоретическая часть

Дневной стационар детской поликлиники может организовываться в структуре городской поликлиники, диспансера, диагностического центра, специализированного центра медицинской реабилитации, женской консультации, медико-санитарной части, других амбулаторно-поликлинических учреждений.

Дневной стационар предназначается для оказания :

- лечебно-диагностической помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении;
- реабилитационной помощи больным и инвалидам.

Работой дневного стационара руководит заведующий отделением медицинской реабилитации, а при отсутствии отделения медицинской реабилитации - другим лицом по назначению руководителя учреждения.

Профиль дневного стационара, его мощность, режим работы определяются и утверждаются главным врачом учреждения по согласованию с вышестоящими органами управления здравоохранения, с учетом численности населения, характера деятельности учреждения, потребности, а также имеющейся базы лечебно-профилактического учреждения.

В зависимости от вида, объема и характера оказываемой медицинской помощи и системы организации работы дневной стационар может быть многопрофильным или специализированным. Размещение дневного стационара определяется его функциями, характером и объемом проводимых лечебно-диагностических процедур, манипуляций и должно обеспечивать соблюдение действующих санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и норм.

Штаты медицинского персонала дневного стационара устанавливаются по штатным нормативам, утвержденным для дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) в зависимости от объема работы и с учетом планового годового числа часов работы дневного стационара в смену и годовой нормой рабочего времени работников (врач, медицинская сестра и т.д.).

В структуру дневного стационара рекомендуется включить:

- палаты с кроватями или кушетками для больных;
- кабинет врача;
- процедурный кабинет;
- желательно иметь игровую комнату и комнату для приема пищи.

Режим работы дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения:

устанавливается в одну или две смены с продолжительностью работы одной смены и пребыванием больного в стационаре не менее 6 часов;

продолжительность пребывания ребенка в дневном стационаре может быть обеспечена по назначению лечащего врача в течение 2-х смен;

в центрах медицинской реабилитации для детей-инвалидов пребывание детей в возрасте первых четырех лет жизни устанавливается не менее 4 часов.

Питание больных в дневном стационаре:

для подростков организуется за счет средств пациента;

для детей - за счет средств учреждения, исходя из утвержденного

Министерством здравоохранения РФ набора продуктов питания на одного больного в день, в зависимости от длительности его пребывания в течение дня: более 10 часов - трехразовое, от 6 до 10 часов – двухразовое.

В дневном стационаре центра медицинской реабилитации для детей-инвалидов при пребывании от 4 до 6 часов детей в возрасте первых четырех лет жизни организуется одноразовое питание;

Для обеспечения детей питанием в дневном стационаре амбулаторно-поликлиническое учреждение обязано заключить договор с близлежащим лечебным учреждением, имеющим стационар, на приготовление и доставку пищи.

Оказание лечебно-диагностической помощи больным дневного стационара обеспечивается с привлечением соответствующих структурных подразделений.

Организационно-методическая и лечебно-консультативная помощь больным дневного стационара оказывается главными штатными и внештатными специалистами органов здравоохранения, при необходимости с выездами на места.

Учетно-отчетная медицинская документация в дневном стационаре ведется в следующем порядке:

регистрация больных, поступающих в дневной стационар, производится в журнале приема больных и отказов в госпитализации" (ф. N 001/у) на основании направления врачей больничного или амбулаторно-поликлинического учреждений, с занесением записи в "Медицинскую карту амбулаторного больного" (ф. N 025/у-87) или "Историю развития ребенка" (ф.112-у);

на поступивших в дневной стационар заводится "Листок назначений";

при дневниковых записях в медицинской карте амбулаторного больного, истории развития ребенка, а также на листке назначений проставляется штамп-клише "Дневной стационар";

при назначении больному лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения, иглорефлексотерапии и т.п. составляются соответствующие медицинские карты, на которых также проставляется штамп-клише "Дневной стационар";

движение больных дневного стационара поликлиники учитывается по форме ф.007/у "Листок учета движения больных и коечного фонда стационара" в упрощенном варианте.

Статистический отчет о работе дневного стационара представляется администрации учреждения по формам и в сроки, установленные органами здравоохранения.

Все записи о состоянии больного, назначении лечения, диагностических исследованиях и т.п., их результаты вносятся в "Медицинскую карту амбулаторного больного" или "Историю развития ребенка", которые передаются в дневной стационар из подразделения, направившего больного на лечение.

Основные задачи и функции дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения:

обеспечение в амбулаторных условиях квалифицированной лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощью больных, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;

оказание первой и неотложной медицинской помощи посетителям, находящимся в лечебно-профилактическом учреждении, где размещается дневной стационар;

внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе достижений медицинской науки и передового опыта деятельности лечебно-профилактических учреждений;

сокращение сроков временной нетрудоспособности, предупреждение инвалидности или снижение ее тяжести;

использование вспомогательных лечебно-диагностических отделений (кабинетов) учреждения в обследовании, лечении и медицинской реабилитации больных, с применением комплекса всех имеющихся средств и методов;

обеспечение взаимосвязи и преемственности с другими структурными подразделениями амбулаторно-поликлинического учреждения и лечебно-профилактическими учреждениями в обследовании, лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов;

консультирование больных дневного стационара специалистами данного учреждения. При необходимости консультаций больных узкими специалистами и отсутствие таковых в данном учреждении - направление в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение по медицинским показаниям;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности лицам, находящимся на лечении в дневном стационаре, в соответствии с действующей инструкцией;

экономия и рациональное использование финансовых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;

повышение профессиональной квалификации медицинского персонала.

В условиях дневного стационара оказывается плановая медицинская помощь пациентам, которым по состоянию здоровья необходимо медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуется круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Максимальные сроки ожидания плановой госпитализации в дневной стационар не превышают 14 дней.

Основными задачами дневного стационара детской поликлиники являются:

- Проведение диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нефрологическими заболеваниями, отоларингологических болезней.
- Выявление гастро- нефро- заболеваний.
- Наблюдение больных после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.
- Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным заболеванием и противорецидивное лечение больным с хроническим течением заболевания по гастро-, нефро-, ЛОР профилям.

Организация лечебно-диагностического процесса:

дневной стационар осуществляет свою деятельность на основе преемственности с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

продолжительность лечения больного определяется лечащим врачом, в соответствии с заболеванием и его состоянием;

медицинский отбор больных на лечение, медицинскую реабилитацию или обследование в дневной стационар проводится лечащими врачами (терапевтами, педиатрами и врачами других специальностей) совместно с заведующими структурных подразделений;

врач дневного стационара ежедневно осматривает пациентов, выполняет диагностические и лечебные процедуры, составляет и корректирует индивидуальную программу реабилитации.

Динамика состояния, эффективность лечения и выполнение программы реабилитации отражаются врачом в медицинской карте амбулаторного больного (истории развития ребенка) через день (при необходимости чаще);

при ухудшении состояния здоровья больного и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, больной незамедлительно переводится в соответствующее отделение больницы для круглосуточного пребывания

Порядок госпитализации:

17.7.1. госпитализация больных в дневной стационар амбулаторно-поликлинического учреждения осуществляется заведующим отделением медицинской реабилитации или другим лицом, на которое возложено руководство;

17.7.2. по направлению врачей больничных учреждений (при обязательном согласовании с заведующими отделениями, в которых больные находились на круглосуточном стационарном лечении);

17.7.3. по направлению врачей амбулаторно-поликлинического учреждения (при обязательном согласовании с заведующими соответствующих подразделений данного амбулаторно-поликлинического учреждения) с записью в карте амбулаторного больного (истории развития ребенка);

17.8. общие показания к направлению в дневной стационар:

17.8.1. необходимость врачебного наблюдения на протяжении определенного времени за больным при использовании лечебных средств в связи с возможными неблагоприятными реакциями (переливание крови и ее препаратов, внутривенное вливание кровезамещающих жидкостей и других растворов, специфическая гипосенсибилизирующая терапия и др.);

17.8.2. необходимость внутривенного капельного введения различных медикаментозных средств на протяжении сравнительно длительного времени (введение сердечных гликозидов, противоаритмических средств, кортикостероидов и др.);

17.8.3. необходимость введения парентеральными способами фармако-терапевтических средств в течение дня через определенные промежутки времени;

При госпитализации в дневной стационар необходимо при себе иметь следующие документы: направление врача детской поликлиники, полис ОМС, свидетельство о рождении (или паспорт, если ребёнок старше 14 лет), СНИЛС.

Показания для лечения в дневном стационаре

- Осуществление терапевтических процедур, рекомендованных пациенту, когда он завершил стационарное лечение, и не требующих постоянного, круглосуточного наблюдения за состоянием пациента.
- Проведение диагностических процедур, не подразумевающих круглосуточного наблюдения за состоянием пациента.
- Лечение заболеваний, имеющих острое или хроническое течение, не требующее круглосуточного наблюдения. Осуществление комплекса мероприятий по реабилитации пациента в тех случаях, когда ему при этом не требуется круглосуточное нахождение в условиях стационара.

- Невозможность госпитализировать пациента в круглосуточный стационар по зависящим от пациента причинам.
- Пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, требующее медицинского наблюдения во время лечебной процедуры (вазоактивные препараты, гипосенсибилизирующая и десенсибилизирующая терапия, внутрисуставные инъекции).
- Необходимость внутривенного капельного введения препаратов: в этом случае необходимо динамическое наблюдение. Например, сердечные гликозиды, глюкокортикостероиды, противоаритмические лекарственные средства. –

- Необходимость наблюдения за пациентом в ходе мелких вмешательств или диагностических процедур (например, эндоскопия).
- Необходимость проведения диагностических мероприятий, требующих продолжительной подготовки (внутривенная пиелография, бронхоскопия, биопсия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта).
- Возникновение у пациента во время пребывания в поликлинике неотложных состояний (таких как гипертонический криз, коллапс, приступ стенокардии);
- до стабилизации состояния и прибытия скорой помощи. –

Противопоказания к направлению в дневной стационар

- Необходимость круглосуточно отслеживать состояние пациента на фоне проводимого лечения. Работа дневного стационара осуществляется в дневное время, поэтому такие пациенты должны быть госпитализированы в стационар круглосуточного типа.
- Состояние пациента, требующее постельного режима.
- Ограниченные возможности пациента к передвижению.
- Не могут проходить пациенты, страдающие заболеваниями, характерной особенностью которых является обострение или ухудшение состояния в ночное время.
- Тяжелая сопутствующая патология, способная спровоцировать осложнение основного заболевания.

Нетрудоспособность Лечение в дневном стационаре не подразумевает постоянного нахождения в лечебном учреждении, однако это подразумевает наличие у пациента серьезного заболевания, а также необходимость длительное время находиться на лечении. Поэтому пациенту целесообразно выдать листок нетрудоспособности на время пребывания в дневном стационаре. В сутки пациент будет проводить в лечебном учреждении несколько часов, поэтому не сможет находиться на рабочем месте большую часть рабочего дня.

Преимущества и недостатки дневного стационара:

Данный вид лечения практически не отличается от стационарного за исключением того что пациент получивший все назначенные ему процедуры отправляется домой. К положительным моментам можно отнести возможность ночевать и проводить все гигиенические мероприятия дома. Кроме этого в таких условиях больной легко может корректировать свое питание и досуг.

На условиях нахождения в дневном стационаре пациент получает некоторые льготы, например:

- УЗИ брюшной полости, щитовидной железы и др виды обследования доступны им без очереди, а некоторые без оплаты.
- Общий анализ крови, мочи, и другие анализы тоже сдаются вне очереди.
- Возможность при необходимости получить консультацию к любого узкого специалиста немедленно.

Плюсов такого лечения множество. Вот лишь некоторые из них:

- *Возможность вести привычный образ жизни.* Главное – приезжать на все предписанные процедуры вовремя и следовать рекомендациям врача.
- *Возможность самостоятельно выбирать себе меню.* Опять же, важно не отступать от предписанного режима питания и есть только разрешённые продукты, приготовленные соответствующим способом.
- *Находиться и спать в привычных условиях.* Если у кого-то ночь в незнакомом месте, на непривычной кровати, в помещении с незнакомыми людьми, вызывает серьёзный стресс – это может плохо сказаться на результатах лечения.
- *Полноценный лечебный курс.* Лечение и консультации в дневном стационаре являются курсом идентичным традиционному стационарному лечению.

Минусы лечения на дневном стационаре.

Главным минусом является не возможность лечащего врача быть уверенным в том, что больной находясь за пределами медицинского учреждения, не нарушает режим и придерживается всех данных ему рекомендаций.

Этот вид оказания медицинской помощи хорош лишь в случае если пациент ответственный и организованный. С другой стороны, даже в классическом стационаре доктор не сможет контролировать пациента ежесекундно, то есть при желании и там некоторые больные нарушают режим.

Собственной исследование-анализ статьи «Анализ социальной эффективности дневных стационаров»- Журнал Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7 (часть 3) – С. 500-503

Материал и методы исследования

С целью выявления преимуществ и недостатков ДС нами изучено мнение пациентов. С этой целью был проведен социологический опрос по анкетам, специально разработанным в соответствии с методикой научного исследования. В настоящем исследовании использовалась бесповторная случайная выборка (один респондент заполняет социологическую анкету только один раз). Анкета включала 15 вопросов.

В анкетировании приняли участие 449 пациентов ДС. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 25 лет – 56 человек (12,5 %), 26–35 лет – 83 человека (18,5 %), 36–45 лет – 105 человек (23,4 %), 46–55 лет – 102 человека (22,7 %), 56 и старше – 103 человека (22,9 %). Таким образом, среди опрошенных преобладали пациенты трудоспособного возраста. Лица молодого возраста до 35 лет составили 40,0 %, остальные возрастные группы распределились равномерно.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что 64 % респондентов, принявших участие в исследовании, лечились в ДС впервые и только 36 % из них – повторно.

В ходе проведения опроса было выявлено, что право выбора места лечения было предоставлено более чем половине респондентов: 64,5 %. Следует отметить, что при возможности выбора 54,8 % опрошенных в дневных стационарах на базе АПУ предпочли бы обратиться в данное учреждение, 30,7 % – к данному врачу и лишь менее 14,5 % – к другому врачу и в другое учреждение. Анализ ответов респондентов, лечившихся в ДС на базе городских и сельских больниц, показывает, что большая часть пациентов удовлетворена данным стационаром и лечащим врачом.

В процессе анкетирования выявлено, что более половины опрошенных, лечившихся на базе ДС АПУ и городских больниц, отдали предпочтение лечению в дневном стационаре, четвертая часть респондентов считает, что лучше лечиться на дому, 7,0 % высказались за лечение в амбулаторных условиях и только 10 % – в условиях круглосуточного стационара (рисунок).

В то же время вдвое больше пациентов дневных стационаров на базе сельских больниц предпочитают лечение в больнице с круглосуточным пребыванием. Вероятно, причиной тому является степень удаленности и

доступности небольших населенных пунктов сельской местности от районных медицинских учреждений, что является неудобным для ежедневного посещения ДС пациентами.

Распределение мнений респондентов о выборе места лечения

Анализ мнений пациентов о различных сторонах медицинского обслуживания в ДС и в круглосуточном стационаре представлен в табл. 1. Как видно, медицинское обслуживание в ДС не хуже, чем в обычном круглосуточном стационаре. Причем по некоторым аспектам медицинского обслуживания (отношение врачей к пациентам (48,1 %), отношение медсестер к пациентам (47,9 %) респонденты отдали предпочтение ДС. Таким образом, деонтологические аспекты являются чувственным индикатором удовлетворенности либо неудовлетворенности медицинской помощью.

Почти половина респондентов не видят разницы в качестве лечения в дневном и круглосуточном стационарах. Предпочтение быстроте обследования в ДС отдали 40,8 % опрошенных, удобству режима медицинских процедур – 36,2 % пациентов. При этом 41,1 % респондентов считают, что интенсивность проведения медицинских процедур в ДС не отличается от стационара с круглосуточным пребыванием (табл. 1).

Немаловажным фактором удовлетворенности пациентов являются условия пребывания в стационаре. В частности, удобство размещения больных в палатах, по мнению 63,3 % опрошенных, позволяет чувствовать себя более комфортно в ДС (табл. 1).

Однако мнение респондентов по вопросу о квалификации медицинского персонала разделилось следующим образом: примерно треть опрошенных считают, что квалификация медицинских работников выше в дневном стационаре, более половины пациентов отметили одинаковый уровень профессионализма медицинского персонала в дневном и круглосуточном стационарах. На более низкий уровень квалификации врачей в ДС по сравнению с круглосуточными стационарами указали 9,4 % (табл. 1).

Таблица 1

Оценка респондентами различных аспектов деятельности дневного стационара (в %)

Оцениваемые объекты	В дневном стационаре лучше, чем	В дневном стационаре так же, как	В дневном стационаре хуже, чем в	Затрудняюсь ответить	Итого
---------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------	-------

	в больнице	в больнице	больнице		
Обеспечение лекарствами и медикаментами	32,0	43,6	4,9	19,5	100,0
Качество лечения	33,2	49,4	10,2	7,1	100,0
Быстрота обследования	40,8	37,6	9,6	12,0	100,0
Режим (интенсивность) медицинских процедур	36,2	41,1	5,8	17,0	100,0
Квалификация врачей	30,1	51,7	9,4	8,9	100,0
Квалификация медсестер	32,7	50,8	10,0	6,5	100,0
Отношение врачей к пациентам	48,1	44,1	4,2	3,6	100,0
Отношение медсестер к пациентам	47,9	44,5	4,2	3,3	100,0
Длительность пребывания	51,0	20,0	1,8	27,2	100,0
Удобство размещения больных в палате	63,3	21,0	2,7	13,0	100,0

Лекарственное обеспечение медицинских учреждений является одним из важнейших вопросов здравоохранения. При оценке этого аспекта работы 43,6 % пациентов ответили, что обеспеченность лекарствами и медикаментами одинакова как в дневном, так и в круглосуточном стационарах, а 32,0 % считают, что лекарственное обеспечение лучше в ДС (табл. 1). Вопрос лекарственного обеспечения городских и районных ДС, судя по оценке респондентов, решается не одинаково успешно. Но при этом большая часть опрошенных оценивает обеспечение лекарствами и медикаментами дневного стационара так же, как круглосуточного: в ДС на базе городских больниц – 51,8 %, в ДС на базе районных – 41,4 %.

Полученные данные показали что большое значение в работе ДС приобрели социальные факторы (табл. 2). Согласно данным табл. 2, наибольший процент опрошенных (71,4 %) видят преимущество лечения в ДС в возможности ежедневного вечернего пребывания в привычной домашней обстановке, что поддерживает эмоциональное состояние больного и положительно влияет на ход и результаты лечения.

Таблица 2

Распределение мнений респондентов о достоинствах лечения на базе дневного стационара (в %)*

Достоинства	Частота	В % к числу опрошенных
Быстрота и качество обследования	173	39,2 %
Высокая квалификация медицинского персонала	127	28,8 %
Неоторванность от семьи	315	71,4 %
Обеспечение бесплатными лекарствами	221	50,1 %
Хорошее отношение медицинского персонала	248	56,2 %
Возможность сочетания лечения с трудовой деятельностью	165	37,4 %

Другое	2	0,5 %
--------	---	-------

Примечание. * – более 100 %, т.к. возможен множественный вариант ответов.

Достаточно высокий процент больных указал на более внимательное отношение со стороны медицинского персонала в условиях ДС, т.е. это может быть удовлетворенность личностными качествами и коммуникативными навыками медицинских работников, проявившимися в соответствии с социальной ролью и ожиданиями пациентов.

Примечателен и тот факт, что в процессе получения медицинской помощи в ДС около 40 % опрошенных устраивает быстрота и качество обследования и лечения.

В процессе анкетирования пациентов также был выявлен ряд недостатков при лечении в ДС. На отсутствие комплексного подхода к лечению и полноты обследования указали 16,4 % респондентов. Из-за невозможности соблюдения диеты в домашних условиях чуть более 20 % опрошенных предпочитает лечение в обычном круглосуточном стационаре. Такой недостаток при лечении в ДС, как неудобная транспортировка, отмечают 43,3 % респондентов сельских больниц. Как видно, для жителей отдаленных от лечебного учреждения районов, с неудовлетворительным транспортным сообщением данный фактор приобретает важное значение в выборе вида стационара.

При существующем в настоящее время дефиците финансовых средств в системе здравоохранения часть расходов на предоставление медицинской помощи перекладывается на самих клиентов. Происходит фактическая замена бесплатных медицинских услуг платными, развивается система теневой оплаты, снижаются возможности низкодоходных групп населения в получении этих услуг. Так, в результате социологического опроса было выявлено, что 1/3 пациентов приходилось затрачивать собственные средства в процессе получения медицинской помощи в ДС.

Результаты анкетирования показали, что подавляющее число респондентов было направлено на лечение в ДС из поликлиники, при этом наблюдались перед госпитализацией в поликлинике от 4 до 9 дней 64,5 % опрошенных, свыше 20 дней – 5,8 %, и 28,7 % от 10 до 19 дней. Примечательно, что большая часть пациентов, направленных из поликлиник, ожидали госпитализацию менее 5 дней, что характеризует хорошую организацию работы ДС.

Выводы:

1. Проведенное исследование свидетельствует о востребованности дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы лечения и ее социальной направленности.
2. Вместе с тем результаты исследования указывают на ряд недостатков в работе дневных стационаров, которые требуют соответствующей коррекции путем проведения эффективных организационных мероприятий.
3. Принятие мер по устранению выявленных недостатков будет способствовать повышению качества лечения и роли дневных стационаров в оказании медицинской помощи населению. Для достижения высокого уровня работы дневных стационаров необходимо оснастить их лечебно-диагностическим оборудованием и максимально обеспечить медикаментами. Немаловажным фактором является также повышение заработной платы медицинского персонала.
4. Резюмируя результаты социологического опроса, можно сделать вывод, что организация дневных стационаров является целесообразной и перспективной формой медицинского обслуживания.

Список литературы:

1. Аликова З.Р., Аликова Т.Т., Фидарова К.К., Бгажнокова З.М., Козырева Ф.У. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7-3. – С. 500-503;
2. Справочник педиатра. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей интернов (под ред. В.О.Быкова, А.С. Калмыковой) / Ростов-на-Дону, изд. «Феникс», 2015.
3. Поликлиническая педиатрия. Учебник для вузов, под ред. проф. А.С.Калмыковой. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа». – 2015.
4. Методика исследования здорового и больного ребенка. Методические рекомендации. Гриф УМО.- Ставрополь. - 2016.
5. Руководство по практическим умениям педиатра. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей интернов (под ред. В.О.Быкова) / Ростов-на-Дону, изд. «Феникс», 2013.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 9 группы

Богданов Дмитрий Андреевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова