

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДЕЛФИ В СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

**Важная роль экспертизы в процессе профессионального анализа качества медицинской помощи требует наличия особого отношения к оценке работы медицинского персонала. В исследовании определены основные критерии в оценке деятельности медицинских работников с помощью метода Делфи (Delfi method, Осипова Г.В., 1998).**

**Ключевые слова:** экспертиза; качество медицинской помощи; метод Делфи; критерии оценки деятельности медицинских работников; первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) населению.

### Актуальность

Последние годы отмечены увеличением числа исковых заявлений граждан Российской Федерации в суды по поводу неудовлетворительного оказания медицинской помощи. При этом выявление основных недостатков и профессиональный анализ деятельности доступны специалистам, имеющим наиболее глубокое представление о конкретной специальности. Наряду с этим требуется умение формировать и применять новые знания. В литературе последних лет оценке качества медицинской помощи и подготовки специалистов уделяется значительное внимание. Многие авторы [1, 2, 3] считают проблему качества медицинской помощи основной при проведении реформы в здравоохранении.

### Цель

При оценке качества медицинской помощи, подготовки и переподготовки среднего медицинского персонала весьма серьезное значение имеет набор критериев (качеств), которыми должен быть вооружен эксперт, установление степени важности каждого из элементов этого набора в общей структуре деятельности конкретного медицинского подразделения или в целом службы. Вместе с тем в практической работе встречаются значительные трудности в подборе оцениваемых элементов в соответствии со спецификой экспертной задачи, а в литературе не публикуются сведения о научном подходе и принципах определения этих элементов (свойств). Учитывая значение роли экспертизы в сложном процессе экспертизы качества медицинской помощи

и наличия особых требований к оценке работы среднего медицинского персонала, одной из задач исследования было определение основных критериев в оценке деятельности работников среднего медицинского звена.

### Материалы и методы

При проведении социологического исследования сестринского персонала применялась методика с использованием количественного сбора информации на основе формальной «жесткой» анкеты среди 90 врачей различных специальностей. Затем на основе квалиметрии – методом Делфи (Delfi method, Осипова Г.В., 1998), – среди 80 врачей звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению города и села, с помощью оригинальных анкет, в три тура, с изменением порядка, некоторой детализацией и уточнением вопросов в анкете, с интервалами 25-30 дней. Участниками опроса были специалисты со стажем более 5 лет. По результатам статистической обработки исследования, коэффициенты весомости каждого свойства в оценке работы среднего медицинского звена (СМЗ) оценивались врачами звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), выступающими в роли экспертов, выражены в виде среднеарифметических величин – коэффициентов вариации.

В работе использована компьютерная программа, позволившая изучить мнение участников экспертного опроса в зависимости от стажа работы. Показатели коэффициентов весомости и коэффициентов вариации характеризуются высокой степенью однородности в сравниваемых груп-

пах, что свидетельствует о репрезентативности исследования и о том, что специалисты, выполняя конкретный вид работы и встречаясь с одинаковыми проблемами, однотипно формируют свое отношение к изучаемой проблеме.

### Результаты и обсуждение

На основании результатов исследования, определены критерии, характеризующие профессиональную личность работника среднего медицинского звена (СМЗ) городской и сельской местности Оренбургской области. Данные критерии внесены в «банк» для формирования свойств личности работника среднего медицинского звена при додипломной и последипломной подготовке. Также определены показатели оценки качества подготовки и переподготовки специалистов СМЗ, а также качества работы сестринского персонала, что применялось при планировании мероприятий, направленных на создание инновационных программ обучения, с целью модернизации медицинского среднего профессионального образования (СПО) в условиях реструктуризации здравоохранения.

С этой целью проведено анкетирование 90 врачей различного профиля в рамках социологического опроса. Набор подлежащих оценке элементов представлен незначительным количеством взаимосвязанных, взаимозаменяемых кардинальных свойств, определяющих, по нашему мнению, детерминирующее влияние на характер и результаты деятельности среднего медицинского персонала. Респондентам предлагалось оценить каждый из 20 критериев по степени важности. Проведенный социологический опрос позволил сформировать анкету для проведения дальнейшего исследования, состоящую из 12 элементов, наиболее полно отражающих деятельность среднего медицинского звена. В оценке распределения значимости профессиональной деятельности, а также подготовки и переподготовки работников среднего медицинского звена наиболее важное значение имеют 1-4 ранговые места.

Значение качества последипломной подготовки и уровень профессионализма работников среднего медицинского звена, умение принимать самостоятельные решения, стремление к инновациям явилось для большинства специалистов решающим, как и следовало ожидать. Если все изучаемые свойства работы средних медицин-

ских работников принять за 100%, то на долю качества первичной подготовки, умения оказывать неотложную помощь в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе и умение проводить реанимационные мероприятия пришлось по 10%.

Качество ухода за больными различных категорий, а также проблемы в соблюдении этики и деонтологии со стороны работников среднего медицинского звена оценивалось несколько ниже. При этом уровень знаний и умений по выделению групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний, факторов риска и владение техническими средствами на рабочем месте (медицинское оборудование, компьютер и др.) и уровень получения «денежных и других подарков» средним медицинским персоналом оценивались значительно ниже. Совсем неожиданной оказалась низкая оценка факта достаточного количества среднего медицинского персонала (табл. 1).

Исследование количественного метода сбора информации на основе «жесткой» анкеты позволило выработать дальнейшую стратегию исследования, то есть явилось инструментом поиска новой информации.

Дальнейшие исследования продолжились на основе квалитметрии – методом Делфи. Опрос 80 врачей, участвующих в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению города и села, проведен в 3 тура с изменением порядка, некоторой детализацией и уточнением вопросов в анкете с интервалами между турами в 25-30 дней. Всего использовано 240 анкет. Участниками нового опроса были специалисты со стажем более 5 лет. Результаты статистической обработки исследования представлены в таблицах 2 и 3, где коэффициент весомости каждого свойства в оценке работы среднего медицинского персонала оценивались врачами звена ПМСП, выступающими в роли экспертов, выражены в виде среднеарифметических величин, а в скобках приведены значения коэффициентов вариации в процентах.

В первом же туре исследования врачи-эксперты по весомости определили на первое место уровень профессионализма средних медицинских работников (СМР). Вторым по важности – вопросы соблюдения этики и деонтологии. Умение проводить реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе, качество последипломной подготовки среднего медицинско-

го звена, уровень соблюдения инфекционного контроля и инфекционной безопасности явились весомыми свойствами в работе среднего медицинского персонала. Достаточно высокое значение респонденты определили качеству оказания неотложной помощи и качеству первичной подготовки работников среднего медицинского звена. Средними по значимости признали уровень знаний, умений и навыков по уходу за больными различных категорий, а так-

же владение аппаратурой на рабочем месте. Низко оценена необходимость знаний средними медицинскими работниками (СМР) по выявлению скрытых форм заболеваний и факторов риска, а также уровень получения «денежных и других подарков». Наименьший приоритет по степени важности врачи городских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) определили для критерия обеспеченности работниками среднего медицинского звена.

Таблица 1. Степень важности свойств в оценке работы среднего медицинского звена

Свойства работы СМР		Весомость показателя, %
1	Качество последипломной подготовки СМР	11
2	Уровень профессионализма СМР	11
3	Качество первичной подготовки СМР	10
4	Качество оказания неотложной помощи СМР в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе	10
5	Умение СМР проводить реанимационные мероприятия	10
6	Уровень соблюдения инфекционного контроля и инфекционной безопасности СМР	10
7	Качество ухода за больными различных категорий СМР	8
8	Проблемы в соблюдении этики и деонтологии со стороны работников СМЗ	8
9	Уровень знаний и умений СМР по выделению групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний, факторов риска	7
10	Владение СМР техническими средствами на рабочем месте (мед. оборудование, компьютер и др.)	7
11	Уровень получения «денежных и других подарков» СМР	4
12	Достаточное количество СМР	4
ИТОГО		100

Таблица 2. Значение коэффициентов весомости критериев оценки в городах

Тур	Качество первичной подготовки СМР	Качество последипломной подготовки СМР	Уровень профессионализма СМР	Качество оказания неотложной помощи	Умение проводить СЛМР СМР	Выделение скрытых форм заболеваний	Инфекционный контроль и безопасность	Уровень ухода за больными	Достаточно ли СМР в вашем подразделении	Уровень «подарков»	Владение аппаратурой на рабочем месте	Проблемы этики и деонтологии
1 тур	<u>7,34</u>	<u>8,49</u>	<u>9,74</u>	<u>7,91</u>	<u>8,02</u>	<u>5,89</u>	<u>7,98</u>	<u>6,32</u>	<u>3,74</u>	<u>4,87</u>	<u>6,09</u>	<u>8,53</u>
	1,16	1,17	1,66	1,16	1,14	1,26	1,68	1,13	1,40	1,33	1,20	1,20
2 тур	<u>7,06</u>	<u>9,98</u>	<u>9,31</u>	<u>9,00</u>	<u>8,71</u>	<u>6,39</u>	<u>7,90</u>	<u>6,73</u>	<u>5,96</u>	<u>4,47</u>	<u>7,65</u>	<u>8,31</u>
	1,22	1,30	1,36	1,34	1,23	1,17	1,49	1,21	1,45	1,19	1,24	1,23
3 тур	<u>5,22</u>	<u>7,84</u>	<u>7,31</u>	<u>6,00</u>	<u>5,84</u>	<u>5,49</u>	<u>6,64</u>	<u>5,96</u>	<u>8,11</u>	<u>5,00</u>	<u>6,02</u>	<u>8,09</u>
	1,18	1,15	1,12	1,14	1,13	1,24	1,08	1,13	1,18	1,16	1,17	1,17

Во втором туре врачи городских ЛПУ несколько изменили свое мнение по ряду вопросов. На первое место с третьей позиции определили значение качества последиplomной подготовки. А оценка уровня профессионализма средних медицинских работников снизилась с 1 на 2 место. Стоит отметить, что проблемы соблюдения этики и деонтологии средним медицинским звеном переместились со 2 на 5 место. Рейтинг других показателей сохранился примерно на прежнем уровне, однако стоит отметить, что возросла оценка критерия обеспеченности работниками среднего медицинского звена (табл. 2).

В третьем туре отмечено заметно меньшее отклонение оценок, чем во втором, то есть повысилась степень однородности мнения экспертов. Подобная динамика значений коэффициентов весомости свидетельствовала о появлении интереса врачей к исследованию. Вероятно, имел значение обмен мнениями между коллегами по существу критериев оценки работы среднего медицинского звена. Как следствие, в третьем туре степень важности оценки критериев несколько изменилась. Если критерий обеспеченности работниками среднего медицинского звена явился наиболее важным показателем, то значение критерия проблем в соблюдении этики и деонтологии со стороны средних медицинских работников вновь оказалось на втором месте. Также сохранилась уверенность в необходимости качественной последиplomной подготовки сестринского персонала. Стоит заметить, что важность критерия уровня профессионализма в третьем туре снизилась на 4 место. Уровень соблюдения инфекционного контроля и инфекционной безопасности явился достаточно весомым и практически не изменялся из тура в тур. Повысилось мнение о необходимости владения средними медицинскими работниками техническими средствами на рабочем месте (медицинское оборудование, компьютер и др.). Меньшее значение стали придавать специалисты качеству оказания неотложной помощи в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе и умению проводить реанимационные мероприятия. Данные критерии снизились с 3 на 7, и с 4 на 9 места соответственно, что, по-видимому, свидетельствует о достаточном уровне подготовки по этим разделам сестринского дела. Достаточно низкими по значимости остались вопросы знаний, умений и навыков по уходу за больными различных категорий,

а также по выделению групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний и факторов риска. Предположительно, данные результаты свидетельствуют о недооценке врачами в условиях городских медицинских учреждений роли сестринского персонала в системе ПМСП по вышеуказанным аспектам, а также наличие того факта, что врачебный персонал часто выполняет несвойственные ему функции, принижая роль и требования к уровню знаний и навыков сестринского персонала в первичном звене здравоохранения. Степень важности критерия качества первичной подготовки значительно снизился, что, вероятно, свидетельствует о том, что эксперты в большей степени полагаются на коррекцию знаний и умений непосредственно на рабочем месте и переподготовку сестринского персонала. Как и в предыдущих турах, наименьшей проблемой врачей городских медицинских учреждений явился уровень получения «денежных и других подарков».

В отличие от врачей городских ЛПУ, экспертная оценка врачей работающих в сельской местности, в первом туре подтвердила высокое значение качества последиplomной подготовки и уровня профессионализма. Значительно выше, чем городские врачи, врачи сельских ЛПУ оценили критерий качества первичной подготовки работников среднего медицинского звена. Почти одинаково высокую оценку получили критерий соблюдения инфекционного контроля и инфекционной безопасности и качество оказания неотложной помощи в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе. Соответствовало социологическому опросу, в отличие от врачей городских ЛПУ, умение проводить реанимационные мероприятия. Несколько меньшее значение придавали уровню знаний и умений по выделению групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний и факторов риска. Менее актуальной для врачей, участвующих в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению в сельской местности, оказалась проблема владения техническими средствами на рабочем месте и соблюдение этики и деонтологии. Самыми низкими оказались оценки уровня обеспеченности средним медицинским персоналом и получения «денежных и других подарков», что, вероятно, свидетельствует об отсутствии серьезных проблем в данных разделах (табл. 3).

Во втором и третьем турах экспертного опроса врачи ЦРБ, как и в первом, высоко оценили значение качества последиplomной подготовки сестринского медицинского персонала. Тем не менее, рейтинг умения проводить реанимационные мероприятия поднялся с 6 места на 1 место. На 3 месте оказался критерий оказания неотложной помощи работниками среднего медицинского звена в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе.

Высокое место этих показателей в экспертном опросе, вероятно, связано с чрезвычайной значимостью в практической деятельности вопросов реанимации и интенсивной терапии. Критерий оценки профессиональных качеств снизился во втором туре со 2 на 5 место, в третьем переместился на 4 место. По мнению врачей центральных районных больниц (ЦРБ), качество первичной подготовки среднего медицинского звена получило меньшую оценку к третьему туру, что, по-видимому, связано с возникающей потребностью в коррекции навыков, полученных на додипломном этапе. Несколько меньшее значение респонденты придавали аспектам инфекционного контроля и инфекционной безопасности и ухода за больными разных категорий (хирургических, кардиологических, неврологических, геронтологических и др.).

В то же время возросло значение роли такого аспекта, как владение техническими сред-

ствами на рабочем месте, что, возможно, связано с поступлением нового оборудования в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) в рамках национального проекта «Здоровье». По мнению врачей, критерий знаний, умений и навыков средних медицинских работников по выделению групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний, факторами риска, в оказании содействия снижения факторов риска на состояние здоровья во втором и третьем турах занимают неизменно 9 ранговое место. Это свидетельствует о недостаточном участии среднего медицинского звена в данной работе, так как в большей степени данной проблемой занимаются сами врачи.

Вопросы обеспеченности средними медицинскими работниками, а также проблемы в соблюдении этики и деонтологии и получения «денежных и других подарков» сестринским персоналом имеют самые низкие оценки, что подтверждает отсутствие серьезного внимания со стороны руководителей лечебных учреждений к проблемам в данных разделах работы сельского здравоохранения.

Анализ изменения значений коэффициентов вариации, характеризующих степень отклонения коэффициента весомости каждого свойства от его средней величины, показал больший разброс мнений экспертов во втором туре, чем в первом. В третьем туре отклонение коэффици-

Таблица 3. Значение коэффициентов весомости критериев в сельской местности

Тур	Качество первичной подготовки СМР	Качество последиplomной подготовки СМР	Уровень профессионализма СМР	Качество оказания неотложной помощи	Умение проводить СЛИР СМР	Выделение скрытых форм заболеваний	Инфекционный контроль и безопасность	Уровень ухода за больными	Достаточно ли СМР в вашем подразделении	Уровень «подарков»	Владение аппаратурой на рабочем месте	Проблемы этики и деонтологии
1 тур	<u>10.52</u>	<u>11.39</u>	<u>10.88</u>	<u>10.06</u>	<u>9.94</u>	<u>7.58</u>	<u>10.39</u>	<u>7.97</u>	<u>3.24</u>	<u>3.03</u>	<u>7.39</u>	<u>7.12</u>
	1,25	1,22	1,30	1,45	1,45	1,32	1,28	1,48	1,40	1,44	1,15	1,22
2 тур	<u>10.06</u>	<u>10.89</u>	<u>10.11</u>	<u>10.66</u>	<u>10.94</u>	<u>8.46</u>	<u>10.14</u>	<u>9.00</u>	<u>5.37</u>	<u>3.91</u>	<u>9.86</u>	<u>8.17</u>
	1,59	1,27	1,60	1,29	1,29	1,26	1,43	1,68	1,07	1,32	1,39	1,26
3 тур	<u>10.47</u>	<u>10.92</u>	<u>10.67</u>	<u>10.69</u>	<u>10.78</u>	<u>8.14</u>	<u>10.22</u>	<u>9.06</u>	<u>7.52</u>	<u>2.97</u>	<u>8.78</u>	<u>7.25</u>
	1,24	1,19	1,20	1,21	1,22	1,18	1,20	1,09	1,20	1,15	1,12	1,17

ентов вариации наблюдалось значительно меньше, чем во втором и первом турах, что свидетельствует о повышении степени однородности мнений экспертов. Следовательно, применение данного метода сбора и анализа информации позволило выявить статистические закономерности, что согласуется с рекомендациями Ядова В.А. (1995).

В работе использована компьютерная программа, которая позволила изучить мнение участников экспертного опроса в зависимости от стажа практической работы (5 – 10, 11 – 15, 16 – 20, 21 – 25 и свыше лет). В итоге установлено, что показатели коэффициентов весомости и коэффициентов вариации характеризуются высокой степенью однородности в сравниваемых группах, что свидетельствует, во-первых, о репрезентативности исследования, и, во-вторых, – специалисты, выполняя конкретный вид работы, встречаясь с одинаковыми проблемами, однотипно формируют свое отношение к изучаемой проблеме.

### Заключение

Таким образом, врачи, участвующие в системе первичной медико-санитарной помощи

(ПМСП) населению в условиях города и сельской местности, оценивают свойства работы сестринского персонала с позиции своей профессиональной деятельности. Разработанный перечень критериев оценки деятельности, а также подготовки и переподготовки сестринского персонала первичного звена позволил выделить основные критерии для разработки мероприятий по созданию инновационных программ в системе среднего медицинского профессионального образования.

Социологический и экспертный опросы позволили сформулировать формализованные показатели для оценки мероприятий по созданию инновационных программ подготовки и переподготовки сестринского персонала первичного звена, что соответствует рекомендации Н.Г. Петровой (2007) о принципах разработки критериев качества профессиональной деятельности и уровня подготовки среднего медицинского звена. Всего предложено 12 критериев, всесторонне охватывающих деятельность сестринского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению.

21.01.2012

### Список литературы:

1. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // Сестринское дело. -2007. – №3. – С. 4-7.
2. Лебедев А.А., Лебедева И.В. Реформа медицинского образования – ключ к реформе здравоохранения // Национальные проекты. – 2008. – №1/2 (20/21). – С. 62 – 65.
3. Лисицын Ю.П. О научных основах стратегии медицины и здравоохранения // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – №3. – С. 3 – 7.

Сведения об авторах:

**Каспрук Людмила Ильинична**, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Оренбургской государственной медицинской академии, преподаватель Оренбургского областного медицинского колледжа, доктор медицинских наук, Почетный работник СПО РФ

г. Оренбург, ул. Советская, 6, ул. Ленинская, 25, тел. (3532) 770096, e-mail: dyziner2008@rambler.ru

**Каныков Владимир Николаевич**, директор Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, Заслуженный врач России, Почетный работник ВПО, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: nauka@ofmntk.ru

UDC 614:316

Kaspruk L.I.<sup>1</sup>, Kanyukov V.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Orenburg state medical academy, <sup>2</sup>Orenburg branch FSBI «The acad. S.N. Fyodorov IRTC «Eye Microsurgery» of the Minzdravsocrazvitiya of the Russian Federation, e-mail: dyziner2008@rambler.ru

### DELFI METHOD USAGE IN SOCIOLOGIC INVESTIGATIONS AT SPECIALITY PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE SERVICE

An important role of evaluation in the process of professional analysis of medical care quality needs the presence of special attitude to the estimation of medical staff work. In the investigation there have been determined the main criteria in the estimation of health workers activity with the help of Delfi method (Delfi method, Osipova G.V., 1998).

Key words: inspection; medical care quality; Delfi method; criteria in the estimation of health workers activity; primary medical care to the population.

### Bibliography:

1. Kucherenko V.Z. The reorganization of health care in the world as a social process. // Nursing care. -2007. – No.3. – P. 4-7.
2. Lebedev A.A., Lebedeva I.V. The reform of medical education – the key to public health reorganization// National projects. – 2008. – №1/2 (20/21). – P. 62 – 65.
3. Lisitsyn Yu.P. About scientific foundations of medicine and public health strategy // Public health and healthcare service. – 2008. – No.3. – P. 3 – 7.