

вающих существенное влияние на здоровье населения. Одни из них обладают эффектом непосредственного воздействия, другие играют роль пускового механизма. Определив среди них основополагающие, станет возможным систематическое опосредованное влияние на демографическую ситуацию в городском округе, что является целью нашего дальнейшего исследования.

Л и т е р а т у р а

1. Демографический ежегодник России. - М.: Госкомстат России, 2009. - 560 с.
2. Демографический ежегодник России. - М.: Госкомстат России, 2008. - 550 с.
3. Боев В.М. Методология комплексной оценки антропогенных и социально-экономических факторов формирования риска для здоровья населения // Гигиена и санитария. - 2009. - №4. - С. 4-8.
4. Вейних П.А. Управление медико-демографическими процессами в сельском муниципальном образовании в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Кемерово, 2010. - 24 с.
5. Вяльцина Н.Е., Боев В.М., Верещагин Н.Н. и др. Оценка вклада факторов среды обитания в формирование демографической ситуации на региональном уровне // Гигиена и санитария. - 2009. - №4. - С. 20-22.
6. Горбенко П.П. Демография. - М., 2010. - 318 с.
7. Глушкова В.Г., Шевченко А.Т. Эколого-экономические проблемы России и ее регионов. - М., 2003. - 25 с.
8. Измеров Н.Ф. Актуальные проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации // Вестник Российской АМН. - 2010. - №9. - С. 3-9.
9. Игнатьева С.Н. Моделирование показателей здоровья населения региона // Экономические проблемы организации производственных систем и бизнес процессов: мат-лы Междунар. конф. - Новочеркасск: ЮРГТУ, 2005. - Ч.3. - С. 28-30.
10. Искаков Б.И., Тихомиров Н.П. Демографическое моделирование. - М.: Изд-во МИНХ им. Плеханова, 1982. - 285 с.
11. Кетова К.В., Русяк И.Г. Математическое моделирование демографических показателей: сб. ст. - Ижевск, 2002. - С. 163-169.
12. Онищенко Г.Г. // Гигиена и санитария. - 2007. - №5. - С. 3-4.
13. Щепин О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2009. - №6. - С. 3-8.

Координаты для связи с авторами: Шильникова Наталья Федоровна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой ОЗиЗ ЧГМА, тел.: 8(3022)-35-41-87, e-mail: ozizchita@mail.ru; Сенижук Альбина Ивановна — ст. преподаватель кафедры ОЗиЗ ЧГМА, тел.: 8(3022)-35-41-87, e-mail: ozizchita@mail.ru; Томских Эльвира Сергеевна — ассистент кафедры общей гигиены ЧГМА, тел.: 8(3022)-35-41-87, e-mail: ozizchita@mail.ru.



УДК 614.253.52

Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, И.В. Богатова

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. ЧИТЫ

Читинская государственная медицинская академия,
672090, ул. Горького, 39а, тел.: 8(3022)-32-0085, e-mail: medacadem.chita.ru, г. Чита

Обеспечение качества и социальной доступности медицинской помощи — одна из наиболее важных и наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения. По определению Всемирной организации здравоохранения, «гарантией качества медицинской помощи является обеспечение каждому больному того комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки». Исходя из этого, основным направлением организации качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей

населения в качественном медицинском обслуживании на всех его этапах — от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи [4].

Наиболее популярным методом оценки качества медицинской помощи пациентами является анкетирование, в частности, пациентам предлагается оценить материально-техническое оснащение, доступность медицинской помощи, лекарственное обеспечение, вежливость и квалификацию медицинских работников. В большинство анкет, разрабатываемых организациями здравоохранения, эти позиции включены. При очевидной простоте самого метода анкетирования просматриваются явные

недостатки: трудно свести перечень вопросов к ключевому минимуму (в силу многофакторности проблемы); вопросы, касающиеся оценки профессионализма медицинских работников, не корректны и требуют специальных знаний от пациента. Исследования, проведенные в некоторых регионах Российской Федерации, свидетельствуют об отличиях в ответах в зависимости от ситуации. При условии, что анкетирующей стороной является организация здравоохранения, замечаний меньше. Если в качестве сборщика информации выступает общественная организация или кто-либо, не относящийся к медицине, нарекания и жалобы встречаются чаще [2, 3]. Таким образом, субъективность оценки качества медицинской помощи пациентами особенно затрудняет выведение какого-то единого показателя. С учетом этого, на этапе подготовки данного исследования были учтены особенности проводимых социологических исследований, и на основе специально разработанной анкеты предпринята попытка объективизации оценки качества медицинской помощи с позиции пациента.

Целью проводимого исследования явилось изучение социологической оценки качества медицинской помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими учреждениями городского округа «Город Чита».

Материалы и методы

Социологическое исследование среди пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений проводилось в 2010 г. Для сбора информации была разработана специальная анкета, которая содержала готовые варианты ответов с возможностью указания собственного варианта в некоторых случаях. Выборка пациентов осуществлялась случайным способом и соответствовала необходимому числу наблюдений для получения результатов заданной степени достоверности [1].

$n = (t^2 \times \sigma^2 \times N) / \Delta^2 \times N^2 + t^2 \times \sigma^2$, где n — объем выборочной совокупности; Δ — величина допустимой ошибки в долях; N — величина генеральной совокупности; t — критерий достоверности; σ — дисперсия, или мера рассеивания исследуемого признака.

Исходя из заданной степени достоверности и размера генеральной совокупности, выборочная совокупность соответствовала 400 респондентам.

$$n = (22 \times 0,25 \times 308820) / (0,052 \times 308820 + 22 \times 0,25) = 400$$

Обработка полученных результатов проводилась путем расчета относительных показателей и ошибки репрезентативности показателя. В соответствии с целью исследования границы допустимой ошибки показателей запланированы в пределах повышенной надежности (до 3%) и для некоторых показателей — в пределах обычной (3-10%).

Результаты и обсуждение

Структура респондентов, участвующих в исследовании, по возрасту представлена следующим образом: от 18 до 25 лет — 30% респондентов; от 26 до 45 лет — 36%, (характеризуется наибольшей трудоспособностью); от 46 до 60 лет — 26%; старше 60 лет — лишь 8% респондентов. Преобладала категория пациентов молодого и трудоспособного возраста — до 45 лет (66%). Социальный портрет пациентов представлен работающими и служащими — 38,5%, работающими пенсионерами — 15,7%,

Резюме

Изучение удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинических услуг выявило низкий уровень медицинского обслуживания. Большое количество пациентов не удовлетворены графиком работы поликлиник и отмечают невнимательное отношение со стороны медицинского персонала. Выявлено влияние ряда социальных факторов на уровень удовлетворенности. Дана оценка доступности медицинской помощи на основе изучения уровня реализации прав пациентов в лечебных учреждениях.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, удовлетворенность пациентов, качество медицинских услуг, доступность медицинской помощи, реализация прав пациентов.

N.F. Shilnikova, O.V. Hodakova, I.V. Bogatova

SOCIOLOGICAL ESTIMATION OF QUALITY OF MEDICAL CARE TO PATIENTS IN OUT-PATIENT-DEPARTMENTS OF CHITA

Chita state medical academy, Chita

Summary

Study of patient's satisfaction with the quality of out-patient or polyclinic services has revealed a low level of medical services. Most patients are not satisfied with polyclinic's work schedule and comment on inattentive attitude of the medical personnel. Influence of a number of social factors on the satisfaction has been revealed. The estimation of accessibility of medical care is given on the basis of studying the level of the patient's rights guarantee in medical institutions.

Key words: out-patient-polyclinic help, satisfaction of patients, quality of medical services, accessibility of medical care, patient's rights guarantee.

неработающими пенсионерами — 11,7%, учащимися — 24,5% и неработающими гражданами — 9,6%.

Для оценки доступности медицинской помощи использованы следующие характеристики: время ожидания приема врача и в регистратуре, соблюдение системы приема врача по талону, удовлетворенность графиком работы врача и поликлиники в целом, получение услуг на платной основе. При этом доступность первичной медико-санитарной помощи характеризуется возможностью потребителя получить ее в то время и в том месте, когда и где это необходимо, в должном объеме, на безвозмездной основе.

Результатами исследования выявлено, что у большинства опрошенных время ожидания в регистратуре занимает до 30 мин — 64,5±0,3%, а в 13±0,46% случаев — более 30 мин, и лишь у 22,5±0,44% опрошенных было затрачено меньше 10 мин. Похожая ситуация наблюдается при ожидании приема к врачу — 44±0,44% респондентов приходилось ожидать до 30 мин, 30±0,42% — до 1 ч, 11±0,5% — до 2 ч и лишь 9±0,47% — до 15 мин ожидания. К основным причинам длительного ожидания очереди к врачу респонденты относят большое количество пациентов на прием, несоблюдение регламентированного времени

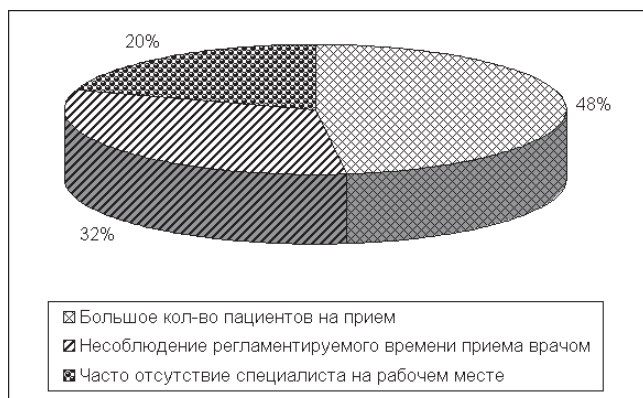


Рис. 1. Структура причин длительного ожидания приема к врачу

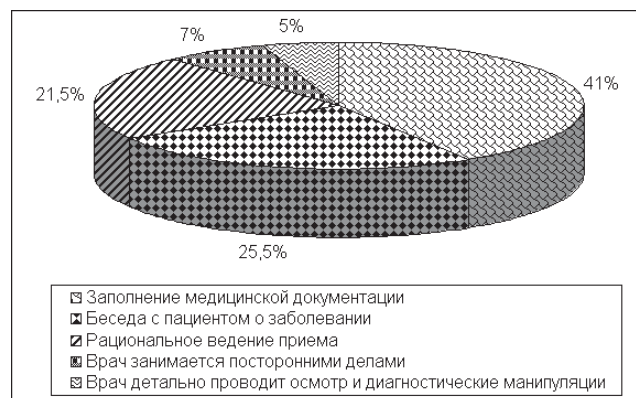


Рис. 2. Распределение времени приема врачом

приема врачом, а также частое отсутствие специалистов на рабочем месте (рис. 1).

Степень доступности медицинской помощи также зависит от режима работы учреждения. Поэтому респондентам предлагалось оценить график работы врачей и различных служб амбулаторно-поликлинических учреждений. В результате опроса выявлено, что более половины ($57 \pm 0,33\%$) опрошенных не устраивает предлагаемый график работы врачей. Данный факт объясняется тем, что лишь в $25 \pm 0,43\%$ случаев при обращении за медицинской помощью соблюдалась система записи на прием к врачу по талону. А в $31,5 \pm 0,4\%$ случаев пациенты сталкивались с отменой приема у врача.

На сегодняшний день доступность медицинской помощи для населения Забайкальского края определена условиями реализации территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Однако данные проведенного исследования указывают на участие населения в финансировании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях путем оплаты некоторых медицинских услуг. Это $28 \pm 0,42\%$ респондентов, которым приходилось оплачивать медицинские услуги по поводу данного обращения за медицинской помощью. Среди причин, вынуждающих граждан обращаться за платной медицинской помощью, лидирует возможность получить помощь более быстро — $73 \pm 4,5\%$, что объяснимо достаточно длительным временем ожидания пациентов в регистратуру и на прием. На втором месте причин — пациенты рассчитывают на более внимательное отношение медицинского персонала — $17 \pm 3,5\%$, и на третьем месте — $10 \pm 2,7\%$ респондентов указали на более высокий и качественный уровень платного обслуживания.

Доступность медицинской помощи определяется и степенью соблюдения и реализации прав пациентов при обращении в медицинскую организацию. Высокая информированность населения об их праве на выбор врача обеспечивает возможность повышения доступности медицинской помощи. Пациент может обратиться к тому врачу, к которому испытывает большее доверие или чей график приема более удобен. Результатами исследования отмечена недостаточная степень информированности пациентов о праве выбора врача при получении медицинской помощи в поликлинике (только у $67 \pm 2,7\%$ респондентов). При этом, отвечая на вопрос «Хотели бы Вы воспользоваться правом выбора врача в настоящий

момент?», респонденты разделились на группы, равные по величине: $44 \pm 2,8\%$ — хотели бы, и $43 \pm 2,8\%$ — нет, а $13 \pm 1,9\%$ респондентов затруднились в ответе. В определенной степени отсутствие желания воспользоваться правом выбора врача связано с тем, что $13 \pm 1,8\%$ респондентов указали на невозможность этого выбора в поликлинике по месту жительства. Затруднились ответить на вопрос о возможности воспользоваться правом выбора врача почти половина опрошенных — $47 \pm 2,8\%$.

В ходе исследования проведена оценка степени доверия пациента врачу. Так, $73 \pm 2,5\%$ респондентов отмечают высокую степень доверия к квалификации и профессиональным качествам своего врача в поликлинике. Не доверяют врачу $5 \pm 1,2\%$ пациентов, $22 \pm 2,3\%$ опрошенных не смогли ответить на этот вопрос. Полученные результаты в отношении доверия пациентов к своему врачу объясняются достаточно высоким уровнем безразличного отношения врача, которое было выявлено при оценке качества оказываемой медицинской помощи.

При более подробном изучении реализации прав пациентов в выборе врача выявлено, что среди пациентов, имеющих желание воспользоваться этим правом, больше пациентов, не доверяющих своему лечащему врачу (53%), чем среди пациентов, не желающих воспользоваться этим правом (43%). Однако на основе предположения нулевой гипотезы об отсутствии влияния желания реализовать право в выборе врача на степень доверия к врачу, при расчете ожидаемых и фактических величин получено значение χ^2 ($2,0$) меньше табличных. Следовательно, нулевая гипотеза не может быть отвергнута, и различия в показателях степени доверия к врачу среди пациентов случайны.

Несмотря на то, что оценка качества медицинской помощи пациентами носит сугубо субъективный характер, она в значительной степени зависит от того, как складываются отношения между пациентом, врачом и средним медицинским работником. При правильном построении взаимоотношений во время лечебного процесса происходит формирование авторитета врача и отношение к системе здравоохранения в целом у пациента.

Результаты исследования показали, что отношение врача к пациентам оценивается почти в половине случаев — $49 \pm 0,36\%$ — как доброжелательное и внимательное, в $42,5 \pm 0,38\%$ случаев — как безразличное и в $8,5 \pm 0,48\%$ — как пренебрежительное и грубое. Оценка же отношения среднего медицинского персонала к пациентам показала,

что $48 \pm 0,36\%$ опрошенных респондентов утверждают о безразличном отношении среднего звена, $12,5 \pm 0,46\%$ — о грубом и пренебрежительном и $39,5 \pm 0,38\%$ — о доброжелательном отношении. При оценке разности различий показателей доброжелательного отношения врача и среднего медицинского работника, при ответах пациентов получено значение критерия достоверности (Стьюдента), равное 2,8 ($p < 0,05$). Таким образом, доброжелательное отношение врачей достоверно чаще отмечено пациентами, чем подобное отношение среднего медицинского персонала.

Согласно полученным данным, $71,5 \pm 0,26\%$ опрошенных оценили комфортность при получении медицинской помощи на среднем уровне; $21,5 \pm 0,44\%$ — низкий уровень, и всего $7 \pm 0,48\%$ отметили высокий уровень комфортности. Полученная оценка комфортности становится объяснимой тем, что $49 \pm 0,36\%$ респондентов приходилось ожидать приема врача стоя в коридоре, $50 \pm 0,35\%$ респондентов смогли воспользоваться оборудованными местами ожидания в коридоре, и лишь в $1 \pm 0,5\%$ случаев респонденты ожидали приема врача в специальном зале с диванами и креслами.

Санитарно-гигиенические условия амбулаторно-поликлинических учреждений только $53 \pm 0,34\%$ респондентов оценили как удовлетворительные.

Результатами исследования установлено, что во время приема у врача пациент находится с врачом: один на один в $56,5 \pm 0,33\%$ случаев, наряду с одним пациентом ведется параллельный прием другим специалистом в $24,5 \pm 0,43\%$ случаев, и $19 \pm 0,45\%$ опрошенных утверждают, что во время приема в кабинете находятся посторонние люди.

При проведении социологического исследования пациентам предлагалось отметить, как распределяет врач время, отпущенное для приема. Почти половина респондентов ($41 \pm 0,4\%$) отметили, что врач основную часть времени приема посвящает заполнению медицинской документации, $25,5 \pm 0,43\%$ респондентов отмечают, что основное время отводится беседе с пациентом относительно его заболевания. Только $21,5 \pm 0,44\%$ респондентов отметили рациональность ведения приема, $7 \pm 0,48\%$ — убеждены, что врач занимается другими делами, не связанными с приемом, и $5 \pm 0,5\%$ респондентов отметили, что основное время отводится детальному осмотру и диагностическим манипуляциям (рис. 2).

При оценке совокупной удовлетворенности пациентов результатами обращения получены следующие результаты: полностью удовлетворены $20 \pm 0,45\%$ респондентов, скорее удовлетворены, чем нет, $41,5 \pm 0,4\%$ респондентов, скорее не удовлетворены, чем удовлетворены, в $22,5 \pm 0,44\%$ случаев, полностью не удовлетворены $16 \pm 0,46\%$ респондентов. Изучение степени удовлетворенности пациентов в различных возрастных группах и с разным социальным статусом позволило выявить наличие корреляционной зависимости между этими факторами.

Наибольшая степень удовлетворенности отмечена у пациентов в возрастных группах от 18 до 25 лет и от 26

до 45 лет. При изучении удовлетворенности в группах с различным социальным статусом выявлена значительно более высокая степень удовлетворенности среди работающих граждан, чем среди пенсионеров и неработающих граждан. Значение коэффициента корреляции, равное 0,34, говорит о средней степени силы и позволяет сделать вывод о влиянии социального статуса граждан на степень их удовлетворенности в качестве пациентов.

Выводы

На основе проведенного социологического исследования были выявлены условия оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, явившиеся причиной низкого уровня социальной удовлетворенности. С целью повышения уровня социальной удовлетворенности населения при оказании амбулаторно-поликлинических услуг определены следующие мероприятия:

- соблюдение стандартов ведения приема и системы записи на прием к врачу по талону, что позволит сократить время ожидания пациентов;
- соблюдение медицинским персоналом принципов медицинской этики и деонтологии;
- улучшение условий в амбулаторно-поликлинических учреждениях с целью более комфортного ожидания пациентов;
- усиление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических условий.

Л и т е р а т у р а

1. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга // Социология медицины. - 2010. - №2 (17). - С. 3-15.
2. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - №5-6. - С. 3-7.
3. Ушаков И.В., Кицул И.С., Князюк Н.Ф. и др. Организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи // Главврач. - 2006. - №1. - С. 77-85.
4. Чумаков А.С., Трофимов В.В. Состояние и факторная обусловленность удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством по данным опроса на этапе оказания услуг // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - №3. - С. 35-39.

Координаты для связи с авторами: Шильникова Наталья Федоровна — доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ЧГМА, тел.: 8(3022)-35-41-87, e-mail: ozizchita@mail.ru; Ходакова Ольга Владимировна — канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ЧГМА, тел.: 8(3022)-36-28-32, e-mail: ozizchita@mail.ru; Богатова Инна Валерьевна — ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ЧГМА, тел.: 8(3022)-35-08-53, e-mail: bogat_iv@mail.ru.

