

УДК 614.253.83:614.212

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА)

Будник Я. И., Шаршакова Т. М.

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Поскольку среди критериев качества медицинской помощи (согласно рекомендациям ВОЗ) одним из основных является удовлетворенность пациента полученной помощью, не вызывает сомнения необходимость проведения постоянных социологических опросов потребителей медицинских услуг.

Сегодня, говоря о качестве медицинской помощи, ее контроле и обеспечении, нельзя не касаться субъективной оценки степени удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Казалось бы, что полезного для здравоохранения могут дать мнения, замечания и предложения людей, не имеющих специальных знаний по обсуждаемому предмету? Но, во-первых, система и создана для удовлетворения соответствующих потребностей этих людей, а, во-вторых, непрофессиональный, в данном случае нетрадиционный, взгляд потребителя может обнаружить значимые для него, но скрытые от специалиста или несущественные, по его мнению, недостатки.

В связи с вышеизложенным мы изучили мнение пациентов.

### **Цель исследования**

Изучить мнение пациентов об удовлетворенности медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и на основе этого разработать практические рекомендации для улучшения качества медицинской помощи амбулаторным больным.

### **Материалы и методы**

Сбор данных осуществлялся методом анкетного опроса. Опрос проводился сплошным методом в отделениях терапевтического профиля стационара и в городских поликлиниках. Разработанная анкета состояла из 31 вопроса.

В опросе приняли участие 220 человек: 48,6 % мужчин и 51,4 % женщин. Среди респондентов были представлены все возрастные группы взрослого населения: от 18 до 30 лет — 13,2 %, от 31 до 50 лет — 29,5 %, от 51 до 60 лет — 29,1 %, более 60 лет — 28,2 %.

Жители города — 86,4 %, 13,6 % — жители сельской местности.

### **Результаты исследования**

подавляющее большинство респондентов — 44,5 % причиной посещения поликлиники отмечают острое заболевание, хроническое заболевание — 24,2 %. Важно отметить, что профилактический медицинский осмотр явился причиной посещения поликлиники у 17,3 % опрошенных, а диспансеризация лишь у 3,6 % респондентов.

При возникновении первых симптомов заболевания 46,8 % опрошенных занимаются самолечением, 13,6 % — вызывают бригаду скорой медицинской помощи, только 37,7 % — обращаются в поликлинику. Весьма значительные, возросшие за последнее время масштабы самолечения населения дают основания по-новому поставить вопрос о детерминации заболеваемости в современном обществе.

Порядок работы поликлиники по месту жительства полностью устраивает 32,7 % опрошенных, частично устраивает — 61,4 %, абсолютно не устраивает — 5,9 %.

15 % респондентов до 1 часа потратили в очереди в регистратуру, 81,4 % — до 30 минут, 3,6 % — до 2 часов и более; в очереди перед кабинетом врача до 1 часа — 53,6 %, до 30 минут — 30,5 %, до 2 часов и более — 15,9 %.

Под диспансерным наблюдением находилось только 42,7 % респондентов. Этот показатель различается в разных возрастных группах. Пациенты, состоящие на диспансерном учете, отмечают, что их приглашали на диспансерный осмотр регулярно в 19,1 % случаев, нерегулярно — 9,5 %; 21,8 % респондентов отметили, что их никогда не приглашали на диспансеризацию.

На вопрос, соответствует ли современному уровню обследование в поликлинике, лишь 21,8 % респондентов ответили «да», «нет» — 22,3 %, «не в полной мере» 46,8 %.

На консультацию к «узким» специалистам в поликлинике 50 % опрошенных записывались по телефону, 34,1 % — обращались посредством личного обращения, 15,9 % — через участкового врача. 34,5 % респондентов ожидали консультацию «узкого» специалиста более недели, 22,3 % — от 3 и более дней, 18,6 % — от 1 до 3 дней, 24,5 % — в течение дня. Следует отметить, что подавляющее большинство пациентов, которые обращались лично к «узкому» специалисту, получали консультацию в течение дня, а те, кто записывались по телефону — ожидали более недели.

На вопрос, пришлось ли пациентам столкнуться с отсутствием необходимых специалистов в поликлинике, 46,8 % опрошенных ответили утвердительно.

Лишь 67,3 % респондентов ответили, что получали, наряду назначением лекарственных препаратов, рекомендации по профилактике заболеваний и коррекции факторов риска, и только 58,2 % респондентов информированы об имеющихся у них факторах риска заболеваний.

Если бы была возможность выбора, то в закрепленную поликлинику предпочли бы обратиться только 35,5 % опрошенных, к данному участковому терапевту — 11,4 %, в другое учреждение — 15,5 %, к другому врачу — 7,2 %.

17,75 % пациентов отметили, что им пришлось столкнуться с грубым, некорректным отношением со стороны сотрудников поликлиники.

Оценивая состояние здоровья пациентов в процессе лечения в поликлинике, 49,5 % опрошенных считали, что оно улучшилось, 46,8 % отметили, что оно не изменилось, 3,7 % — ухудшилось.

Среди причин неудовлетворенности работой поликлиники 54,9 % респондентов отметили недоступность «узких» специалистов, 21,7 % — невнимательное отношение работников регистратуры, 13,1 % — невнимательное отношение врачей, 13,1 % — невнимательное отношение среднего медицинского персонала.

27,2 % пациентов оценивают низкой степень своей информированности о предоставлении платных медицинских услуг по месту жительства, 45 % опрошенных готовы оплачивать медицинские услуги в поликлинике.

На вопрос, как респонденты оценивают изменения в организации медицинской помощи за последние 2–3 года, 29,1 % из них ответили, что улучшилось, 10 % — ухудшилось, 60,9 % — не изменилось.

### **Выводы**

С точки зрения детерминант общественного здоровья и приоритетов политики здравоохранения необходимо более внимательное отношение к практике самолечения, принимающей массовый характер в связи с относительной доступностью лекарственных средств и готовностью персонала аптечной сети выступать в качестве бесплатных консультантов. Следует иметь в виду, что сама аптечная сеть в высокой степени заинтересована в объемах реализации и потому превращается в активный фактор развития самолечения.

Негативными моментами в работе поликлиники являются наличие очередей, низкая доступность помощи «узких» специалистов, невнимательное отношение врачей, случаи грубого, некорректного отношения со стороны сотрудников поликлиники, отсутствие необходимых специалистов в поликлинике. Это приводит к тому, что далеко не во всех случаях возникновения и обострения заболевания пациенты обращаются в поликлинику.

Мероприятия по профилактике заболеваний находятся на втором плане, приоритетным является оказание медицинских услуг больным пациентам. Работники здравоохранения предпочитают лечить, а не заниматься профилактикой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В. А. Анализ медико-социальной ситуации в регионе (по материалам социологического исследования) / В. А. Медик, А. М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 4. — С. 14–18.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Здравоохранение Беларуси: 90 лет: достижения и перспективы // Медицина. — 2009. — № 2. — С. 2–9.
4. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. Копенгаген 1996.

УДК 616 - 053. 3: 612. 014. 464

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНО ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ

Будюхина О. А., Барановская Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Плацентарная недостаточность (ПН) является универсальной реакцией фетоплацентарного комплекса на соматическую патологию матери, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, осложнения беременности, неблагоприятные социально-бытовые и экологические условия. Частота ПН не снижается и составляет от 13,5 до 49 % всех беременных и проявляется гипоксией плода, синдромом задержки роста плода (СЗРП), вплоть до антенатальной гибели. Гипоксия является основным фактором перинатального повреждения нервной системы плода и новорожденного. Повреждения нервной системы обуславливают фетоинфантильные потери, заболеваемость новорожденных, формирование психоневрологических расстройств и инвалидности детства. Перинатальные исходы у таких детей определяются степенью тяжести СЗРП, гипоксией плода, методом родоразрешения. [3, 5]. Есть доказательства отсроченного риска развития сердечно-сосудистой патологии, метаболического синдрома, СД II типа, ассоциированных с малой массой при рождении.

### *Цель работы*

Изучить течение раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с хронической плацентарной недостаточностью.

### *Материалы и методы*

Обследовано 127 новорожденных. Контрольную группу составили 33 новорожденных от матерей без ПН, основную — 94 новорожденных от матерей с ПН, из них 46 с внутриутробно диагностированной хронической гипоксией плода без СЗРП (I подгруппа) и 48 новорожденных с СЗРП (II подгруппа). Массо-ростовые показатели оценивали в соответствии с перцентильными кривыми внутриутробного развития и величиной массо-ростового коэффициента [1, 2, 4]. Определена доля ( $p$ , %) и стандартная ошибка доли ( $s_p$ , %), критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса и двухсторонний тест Фишера ( $P$ ). Рассчитывались квартили  $Me$  (25–75 %), критерий Данна ( $Q$ ), коэффициент ранговой корреляции Спирмана ( $r_s$ ).

### *Результаты и обсуждение*

Средний возраст беременных составил в контрольной группе  $24,93 \pm 4,99$  года, при хронической плацентарной недостаточности —  $26,16 \pm 5,18$  лет, при СЗРП —  $25,11 \pm 5,3$  лет. По социальному статусу, гинекологической и экстрагенитальной патологии, паритету родов