

НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Акматава Б.А.

**К ОЦЕНКЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

Akmatova B.A.

**REGARDING THE SATISFACTION OF THE RURAL POPULATION WITH THE
QUALITY OF MEDICAL ASSISTANCE ON THE PRIMARY LEVEL**

В статье представлены результаты внедрения системы повышения качества (СПК) в пилотных ГСВ Ошской области.

СПК помогает медицинским работникам непрерывно повышать качество оказания медицинских услуг, используя компонент: опрос населения, с целью оценить степень их удовлетворенности уровнем медицинской помощи.

Article presents the results of introducing the Continuous Quality Improvement (CQI) system in pilot FGPs in Osh oblast.

CQI system helps medical employees to continuously improve the quality of medical assistance using the questionnaires as the mean to evaluate population's satisfaction with medical assistance.

Введение

Как известно, одной из важных задач проводимой в Кыргызской Республике реформы системы здравоохранения является создание системы непрерывного повышения качества медицинской помощи населению. Проблема организации обеспечения, в том числе и сельских жителей качественной медицинской помощью была и остается одной из трудных задач практического здравоохранения большинства стран [5, 6, 7].

Сельское население в Кыргызстане составляет около 67% всего населения. Всегда имеющееся отставание села от города по уровню жизни и социальному развитию, в том числе медицинскому обслуживанию населения, в последние десятилетия получило еще более негативную тенденцию.

Существующая в настоящее время инфраструктура сельских районов, отдаленность ряда сел от крупных лечебно-профилактических учреждений, в том числе районных ЦСМ и территориальных больниц, проведенная за последние годы ликвидация или трансформация большинства сельских участковых больниц, неудовлетворительное состояние дорог, малоразвитая телефонная сеть, выдвигают на первый план в оказании медицинской помощи сельскому населению качественную организацию деятельности учреждений первичного уровня здраво-

охранения [1, 3]. Среди критериев качества медицинской помощи, по определению ВОЗ, одним из важных является удовлетворенность ею пациентов [2, 4]. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню развития медицинской науки. В условиях хронического дефицита медицинских кадров в сельской местности и отсутствия в ближайшей перспективе положительной тенденции в их обеспечении, усиливающимся миграционным оттоком врачей, возрастает роль средних медицинских работников, оказывающих доврачебную медицинскую помощь на фельдшерско-акушерских пунктах, и контроль за качеством такой помощи является крайне необходимым. Поэтому важным в этой связи является изучение степени удовлетворенности сельского населения оказываемой медицинской помощью.

Материалы и методы

Нами в период проведения исследования была изучена степень удовлетворенности сельского населения качеством медицинской помощи. По специальной анкете было опрошено 500 человек, проживающих в Ноокатском и Араванском районах Ошской области, обратившихся за первичной медицинской помощью в ГСВ и ЦСМ. Анкета содержит 22 вопроса по следующим разделам: социально-экономическое положение, состояние его здоровья, обращение за медицинской помощью, знание о семейной медицине, мнение о проводимой реформах в системе здравоохранения. Проводилась в период с 2002 года по 2005 гг.

Результаты

Среди обратившихся за медицинской помощью мужчины составили 38,0%, женщины - 62,0%. Большинство опрошенных были в возрасте старше 30 лет (89,8%); среди мужского населения лица этого возраста составили 87,3%, среди женского - 91,4%. Большинство (77,3%) сельских жителей состояли в браке, не состояли в

браке 10,8%, разведенные составили 5,4%, вдовами и вдовцами оказались 6,5% опрошенных.

По уровню полученного образования, участвовавшие в опросе сельские жители, обратившиеся за медицинской помощью, распределились следующим образом: лица с образованием до 8 классов составили $38,7 \pm 1,7\%$, среди них было достоверно больше мужчин ($49,4 \pm 2,8\%$), чем женщин ($32,0 \pm 2,0\%$); среднее образование имели $36,3 \pm 2,7\%$ мужчин и $34,4 \pm 2,1\%$ женщин, среднее специальное – $10,3 \pm 1,7$ и $26,8 \pm 1,9\%$, неоконченное высшее и высшее – $4,0 \pm 1,0$ и $6,8 \pm 1,1\%$ соответственно.

Таким образом, уровень образования женщин в сельской местности выше, чем мужчин, среди них меньше лиц с образованием до 8 классов, больше лиц со средним специальным, неоконченным высшим и высшим образованием.

Состояние своего здоровья хорошим считают 21,2% опрошенных, удовлетворительным – 45,7%, неудовлетворительным – 33,1%. Женщины состояние своего здоровья оценивают хуже, чем мужчины. Так, состояние своего здоровья хорошим считают $26,3 \pm 2,4\%$ мужчин и только $18,0 \pm 1,7\%$ женщин, удовлетворительным – $41,7 \pm 2,5$ и $48,2 \pm 2,0\%$, плохим – $32,0 \pm 2,6$ и $33,8 \pm 2,1\%$ соответственно. С увеличением возраста, как среди мужчин, так и среди женщин, количество лиц, считающих состояние своего здоровья хорошим – уменьшается, плохим – растет.

Большинство опрошенных сельских жителей (95,0%) знают, какие хронические заболевания у них имеются. Более трети (34,0%) опрошенных заявили о наличии у них сердечно-сосудистых заболеваний, 13,6% – болезней органов пищеварения, 13,5% – вегетососудистой дистонии, 9,4% являются инвалидами, 4,9% страдают хроническим ревматизмом, 4,8% имеют патологическое состояние после травм, 4,5% – аллергические состояния, 4,0% – астматическое состояние, 3,4% – нефрозонофриты, 3,1% – тиреотоксикоз, 3,8 – другие заболевания. Как следует из ответов опрошенных, среди мужчин больше распространены аллергические состояния ($6,2 \pm 1,3\%$ против $3,0 \pm 0,8\%$ у женщин), ревматизм ($7,5 \pm 1,4$ и $3,3 \pm 0,8\%$; $p < 0,05$), травмы ($11,3 \pm 1,8$ и $0,8 \pm 0,4\%$ соответственно; $p < 0,001$), среди женщин – вегетососудистая дистония ($15,8 \pm 1,6\%$ против $10,0 \pm 1,7\%$ у мужчин), болезни органов пищеварения ($16,8 \pm 1,6$ и $9,0 \pm 1,6\%$ соответственно).

За медицинской помощью до 1 – 2-х раз в неделю обращаются $29,4 \pm 1,9\%$ мужчин и $31,8 \pm 2,0\%$ женщин, 1-2 раза в месяц – $34,1 \pm 2,1$ и $33,8 \pm 2,2\%$, 1-2 раза в год – $27,8 \pm 1,8$ и $28,0 \pm 1,9\%$ соответственно, т. е. мужчины и женщины обращаются за доврачебной помощью примерно с одинаковой частотой (различия показателей статистически недостоверны). Однако с

возрастом число лиц, обращающихся за медицинской помощью 1-2 раза в неделю, увеличивается; среди лиц в возрасте 20-29 лет их было только $6,1 \pm 3,1\%$, в возрасте 30-39 стало $17,7 \pm 2,3\%$ ($p < 0,001$), 40-49 лет – $39,9 \pm 3,3\%$, 50-59 лет – $41,0 \pm 4,5\%$ ($p < 0,001$), 60 лет и старше – $49,8 \pm 4,5\%$. Число обращающихся за доврачебной помощью 1–2 раза в месяц растет с $14,0 \pm 4,6\%$ у лиц в возрасте 20–29 лет до $34,8 \pm 2,9\%$ ($p < 0,01$) в возрасте 30-39 лет, затем стабилизируется, составляя $37,1 \pm 4,3\%$ у лиц 60 лет и старше.

Более половины ($52,9 \pm 1,7\%$) опрошенных отметили, что дороги к учреждениям первичной помощи являются грунтовыми, только $16,8 \pm 1,3\%$ сельских жителей указали на наличие асфальтированных дорог. В среднем расстояние до ЦСМ составляет $24,5 \pm 1,2$ км. Не имеют стационарных телефонов $74,2 \pm 1,5\%$ опрошенных и $47,4 \pm 1,7\%$ ГСВ.

Наиболее частой причиной недовольства сельских жителей качеством оказания медицинской помощи является долгое ожидание прихода медицинских работников при вызове их на дом. На этот недостаток указали $29,4 \pm 2,0\%$ мужчин и $39,6 \pm 2,1\%$ женщин. По нашим данным, среднее время ожидания составляет $41,1 \pm 0,1$ минут. На 2-м месте по частоте как причина недовольства доврачебной помощью находится «невнимательность» медицинских работников ($21,1 \pm 1,4\%$). На 3-м месте по частоте в качестве причины недовольства опрошенных доврачебной помощью является отсутствие медикаментов ($20,6 \pm 1,4\%$); на это чаще указывают полеводы ($30,0 \pm 3,4\%$ мужчин и $28,1 \pm 2,7\%$ женщин) и животноводы ($26,5 \pm 2,1$ и $19,9 \pm 1,8\%$ соответственно).

Кроме указанных, сельские жители, обратившиеся за медицинской помощью, называют такие причины недовольства, как трудности с госпитализацией ($13,3 \pm 1,1\%$), неряшливый вид медицинских работников ($12,1 \pm 1,1\%$), отсутствие быстрого эффекта от оказанной помощи. Как правило, чаще высказывают недовольство качеством медицинской помощи лица старших возрастов (50 лет и старше). Между возрастом и частотой таких причин недовольства, как долгое ожидание прихода медицинских работников при вызове их на дом, невнимательность, трудности с госпитализацией, отсутствие эффекта от медицинской помощи, существует средней степени прямо пропорциональная корреляционная зависимость. Зависимость такой же направленности, но более сильной степени отмечается между возрастом и грубостью медицинских работников, возрастом и отсутствием медикаментов.

Нами проведен анализ частоты неудобств, испытываемых сельским населением при вызове на дом медицинских работников и посещениях

ГСВ. К ним мы отнесли следующие факторы: отсутствие телефонов у населения и в ГСВ, отсутствие дорог с твердым покрытием, расстояние до ГСВ свыше 10 км.

Проведенный нами социологический опрос сельского населения по вопросам организации медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи позволил выявить следующее.

Работой терапевтической службы ГСВ полностью удовлетворены 50%, удовлетворены частично 37%, не удовлетворены 13% респондентов, при этом большая часть респондентов (87%) в той или иной степени удовлетворены работой терапевтической службы на первичном уровне. Работой педиатра полностью удовлетворены 54%, удовлетворены частично 33%, не удовлетворены 13% респондентов, при этом большая часть респондентов (87%) в той или иной степени удовлетворены работой педиатрической службы первичного уровня.

Работой акушера-гинеколога полностью удовлетворены 47%, удовлетворены частично 30%, не удовлетворены 23% респондентов, при этом большая часть респондентов (77%) в той или иной степени удовлетворены работой акушерско-гинекологической службы на первичном уровне. Таким образом, из служб первичного уровня в наибольшей степени респонденты удовлетворены работой врачей - терапевтов, а в наименьшей работой участковых акушеров-гинекологов, при этом небольшое число респондентов не удовлетворены полностью работой акушерско-гинекологической службы ГСВ.

Работой специалистов узкого профиля ЦСМ полностью удовлетворены 32%, удовлетворены частично 49%, не удовлетворены 19% респондентов, при этом большая часть респондентов (82%) в той или иной степени удовлетворены работой «узких» специалистов. Необходимо отметить, что работой ГСВ респонденты удовлетворены в большей степени, чем работой «узких» специалистов (84% и 82% соответственно). Работой скорой медицинской помощи полностью удовлетворены 16%, удовлетворены частично 63%, не удовлетворены 21% респондентов, при этом большая часть респондентов (79%) в той или иной степени удовлетворены работой скорой медицинской помощи.

Работой в целом врачей ЦСМ полностью удовлетворены 42%, удовлетворены частично 39%, не удовлетворены 19% респондентов, при этом большая часть респондентов (81%) в той или иной степени удовлетворены работой ЦСМ.

Работой консультативно-диагностического отделения ЦСМ полностью удовлетворены 32%, удовлетворены частично 43%, не удовлетворены 25% респондентов, при этом большая часть респондентов (75%) в той или иной степени удовлетворены работой консультативно-диагностического отделения ЦСМ.

Работой фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) полностью удовлетворены 53%, удовлетворены частично 30%, не удовлетворены 17% респондентов, при этом большая часть респондентов (83%) в той или иной степени удовлетворены работой ФАП. Таким образом, средняя оценка удовлетворенности в той или иной степени работой врачей ЦСМ составляет 81%, ГСВ 86%, ФАП 83%.

Таким образом, в результате проведенного нами изучения мнения населения об удовлетворенности оказываемой медицинской помощью можно сформулировать основное положение, направленное на повышение качества этой работы, - опрос населения позволяет выявлять социальные, медико-биологические и медико-организационные факторы, снижающие уровень качества медицинской помощи, конкретизировать их и разработать практические мероприятия по снижению их отрицательного влияния.

Литература:

1. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи // *Здравоохранение РФ.* – 2001. - №4. – P.22 - 26.
2. Красильников А.В. Социологические опросы пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги / <http://oncologic.narod.ru/journals/sov-onc-7-1-2005/s-opros.html>
3. Свирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // *Здравоохранение.* – 2000. - №1. – P. 5 – 20.
4. Структура профессионального и административного развития общей врачебной практики / семейной медицины в Европе // Веб-сайт Европейского Регионального Бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2006. - <http://www.who.dk>.
5. Forrest C.B. Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment? // *BMJ.* – 2003. – N 326. – P. 692 – 695.
6. Seddon M.E. et al. A systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand // *Quality in health care.* – 2001. - N10. - P. 152 - 158.
7. Shcrivers E. Widening the Scope of accreditation-issues and challenges in community and primary care // *International Journal for quality in Health Care.* - 2000. - V. 10, N 3. - P. 191 - 197.