

© ДАВЫДОВ Е. Л., ХАРЬКОВ Е. И.

УДК 616.12-008.316.61:612.67

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА)

Е. Л. Давыдов, Е. И. Харьков

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н. проф. И. П. Артюхов; кафедра внутренних болезней
педиатрического факультета, зав. — д. м. н., проф. Е. И. Харьков.

Резюме. В статье приведены данные об особенностях амбулаторно-поликлинической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией. Обсуждаются результаты удовлетворенности качеством медицинской помощи в зависимости от возраста и пола больных. Установлено, что большинство пациентов в пожилом и старческом возрасте лечатся в поликлинике по месту прописки. Уровень качества оказываемых медицинских услуг удовлетворительный. Большинство пациентов может попасть на прием к врачу не ранее, чем через 2-7 дней с момента записи.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, артериальная гипертония, качество медицинской помощи, социологический опрос.

Основанием для принятия всесторонне обоснованных решений по вопросам реформирования российского здравоохранения, улучшения организации медицинской помощи и совершенствования процесса представления услуг служит оценка эффективности функционирования отрасли, которая в соответствии с выдвинутыми ВОЗ требованиями должна осуществляться не только на базе клинических и экономических критериев, но и с учетом мнения пациентов. Оценка населением доступности и качества предоставляемых медицинских услуг изучается через анализ уровней удовлетворенности пациентов [1, 3, 7].

Удовлетворенность пациентов позволяет оценить степень ее социальной приемлемости, получаемая медицинская помощь оказывает влияние на здоровье пациента в целом и на результаты его лечения в частности. Это влияние осуществляется благодаря терапевтическому эффекту общения с врачом и через желание и готовность пациента следовать предписаниям врача и вообще обращаться в систему здравоохранения [2, 4].

В 80-е годы прошлого века вышел в свет доклад Т. Гриффитца, где отмечалось, что центральным моментом в управлении, планировании и предоставлении медицинских услуг для всего населения должна стать оценка того, насколько хорошо предоставляется медицинская помощь в учреждениях здравоохранения. Это, в свою очередь, становится возможным только при изучении реального опыта пациентов и их оценок качества предоставляемой помощи [6].

Цель исследования: оценить качество амбулаторно-поликлинической помощи больным старших возрастных групп с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы

Нами были обследованы 426 пациентов в возрасте 45-89 лет, имеющие систоло-диастолическую (СДАГ) или изолированную систолическую артериальную гипертонию (ИСАГ). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года — по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 76 мужчин (средний возраст — 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07 — 69,09)) и 135 женщин (средний возраст — 67,39; ДИ (66,66 — 68,11)). Вторая группа состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) — 46 мужчин (средний возраст — 81,35; ДИ (80,20 — 80,50)) и 61 женщина (средний возраст — 79,49; ДИ (78,53 — 80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет) — 44 мужчины (средний возраст — 53,70; ДИ (52,54 — 53,87)) и 61 женщина (средний возраст — 53,57; ДИ (53,02 — 54,52)). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, блок вопросов по оценке качества медицинской помощи (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А.В. Решетниковым [5]). Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v. 19 (США).

Описательные статистики представлены для количественных признаков — средними арифметическими величинами и (95%) доверительными интервалами (ДИ), для качественных признаков — абсолютными значениями, процентными долями и их стандартными ошибками.

При определении значимости различий между количественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий

Краскелла-Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Проверка нормальности распределения количественных переменных осуществлялась при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

Для сравнения качественных признаков использовали критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Пациенты могли указать одновременно несколько медицинских организаций, где они получают амбулаторную помощь по поводу АГ. Основная масса пациентов наблюдается в районных поликлиниках по месту прописки – удельный вес обслуживаемых в данном ЛПУ пациентов лежит в диапазоне от $57,8 \pm 6,2\%$ – у женщин группы сравнения и до $79,0 \pm 5,2\%$ – у женщин старческого возраста. Статистически значимо, чаще в данных ЛПУ лечатся женщины старческого возраста по сравнению с женщинами пожилого возраста ($64,9 \pm 4,1\%$, $p = 0,046$), группы сравнения ($p = 0,011$) и мужчинами своей возрастной группы ($60,0 \pm 7,3\%$, $p = 0,032$).

Удельный вес пациентов, которые лечатся в поликлинике по месту фактического проживания составляет от $17,7 \pm 6,2\%$ среди женщин до $37,8 \pm 7,2\%$ – мужчин старческого возраста. Женщины старческого возраста проходят лечение в данных ЛПУ статистически значимо, реже, чем мужчины того же возраста ($p = 0,020$) и женщины группы сравнения ($35,9 \pm 6,0\%$, $p = 0,021$).

В ведомственных поликлиниках (МВД, РЖД, ГУФСИН, ФМБА, ФСБ и др.) проходит лечение небольшое количество пациентов – от $2,3 \pm 6,0\%$ мужчин группы сравнения до $8,9 \pm 4,2\%$ мужчин старческого возраста, еще меньше пациентов с АГ посещает платные поликлиники – от $2,6 \pm 1,8\%$ среди мужчин пожилого возраста до $5,2 \pm 1,9\%$ женщин этой же возрастной группы (мужчины старческого возраста не указали данный вариант ответа). Ряд пациентов наблюдается в других ЛПУ (поликлиника Госпиталя ветеранов войн, Городской кардиодиспансер, Центры здоровья) – их удельный вес составляет от $2,6 \pm 1,8\%$ среди мужчин пожилого возраста до $8,9 \pm 4,2\%$ среди мужчин старческого возраста (за исключением женщин пожилого возраста, которые не указали данный вариант ответа). Значимо чаще такие учреждения посещают женщины старческого возраста ($6,5 \pm 3,2\%$, $p = 0,003$) и группы сравнения ($3,1 \pm 1,5\%$, $p = 0,040$), чем женщины пожилого возраста. Не наблюдаются систематически по поводу АГ лишь $2,6 \pm 1,8\%$ мужчин пожилого возраста (табл. 1).

Большинство пациентов оценили качество медицинских услуг в поликлиниках как «удовлетворительное» – удельный вес данного ответа лежит в диапазоне от $30,6\%$ среди женщин старческого возраста до $40,7\%$ у мужчин этой же возрастной группы и «хорошее» – от $25,9\%$ до $44,9\%$ у пациентов этих же групп, если пациенты пожилого возраста и мужчины старческого возраста чаще отмечали качество

Таблица 1

Место получения амбулаторной помощи (n ($M\% \pm m$))

ГРУППА	П ($n=211$)		С ($n=107$)		Ср ($n=108$)	
	М ($n=77$)	Ж ($n=134$)	М ($n=45$)	Ж ($n=62$)	М ($n=44$)	Ж ($n=64$)
Районная поликлиника по месту прописки	57 (74,0±5,0) $p^{1,2}=0,105$ $p=0,172$	87 (64,9±4,1) $p^{1,2}=0,046^*$	27 (60,0±7,3) $p^{2,3}=0,895$ $p=0,032^*$	49 (79,0±5,2) $p^{2,3}=0,011^*$	27 (61,4±7,3) $p^{1,3}=0,146$ $p=0,712$	37 (57,8±6,2) $p^{1,3}=0,333$
Поликлиника по месту фактического проживания	20 (26,0±5,0) $p^{1,2}=0,644$ $p=0,709$	38 (28,4±3,9) $p^{1,2}=0,110$	17 (37,8±7,2) $p^{2,3}=0,555$ $p=0,020^*$	11 (17,7±4,8) $p^{2,3}=0,021^*$	14 (27,5±2,3) $p^{1,3}=0,491$ $p=0,658$	23 (35,9±6,0) $p^{1,3}=0,280$
Ведомственная поликлиника	2 (2,6±1,8) $p^{1,2}=0,121$ $p=0,267$	8 (6,0±2,1) $p^{1,2}=0,749$	4 (8,9±4,2) $p^{2,3}=0,175$ $p=0,403$	3 (4,8±2,7) $p^{2,3}=0,622$	1 (2,3±2,3) $p^{1,3}=0,912$ $p=0,791$	2 (3,1±2,2) $p^{1,3}=0,393$
Платная поликлиника	2 (2,6±1,8) $p^{1,2}=0,276$ $p=0,363$	7 (5,2±1,9) $p^{1,2}=0,534$	0 (0±0) $p^{2,3}=0,148$ $p=0,224$	2 (3,2±2,2) $p^{2,3}=0,974$	2 (4,5±3,1) $p^{1,3}=0,564$ $p=0,701$	2 (3,1±2,2) $p^{1,3}=0,507$
Другое	2 (2,6±1,8) $p^{1,2}=0,121$ $p=0,061$	0 $p^{1,2}=0,003^*$	4 (8,9±4,2) $p^{2,3}=0,717$ $p=0,636$	4 (6,5±3,1) $p^{2,3}=0,381$	3 (6,8±3,8) $p^{1,3}=0,262$ $p=0,369$	2 (3,1±2,2) $p^{1,3}=0,040^*$
Не наблюдаюсь	2 (2,6±1,8) $p^{1,2}=0,276$ $p=0,061$	0 $p^{1,2}=1,000$	0 $p^{2,3}=1,000$ $p=1,000$	0 $p^{2,3}=1,000$	0 $p^{1,3}=0,281$ $p=1,000$	0 $p^{1,3}=1,000$

Примечание: n – количество единиц наблюдения; П – пожилой возраст; С – старческий возраст; Ср – группа сравнения; М – мужчины, Ж – женщины.
 $p^{1,2}$, $p^{2,3}$, $p^{1,3}$ – уровень значимости отличий между группами у лиц одного пола; p – уровень значимости отличий внутри группы по полу;
 * – статистически значимые различия ($p < 0,05$).

лечения как удовлетворительное, то женщины старческого возраста и пациенты группы сравнения чаще указывали качество лечения как хорошее. Как плохое качество лечения отметили от 7,1% мужчин группы сравнения до 14,8% пациентов-мужчин старческого возраста, как очень хорошее и очень плохое – от 3,5% женщин пожилого до 7,4% женщин старческого возрастов (за исключением мужчин группы сравнения, которые не указали данный вариант ответа) и от 2,0% женщин старческого возраста до 10,8% женщин группы сравнения (за исключением мужчин пожилого возраста, которые не указали данный вариант ответа) соответственно, при этом мужчины группы сравнения статистически значимо чаще дали такую оценку качества медицинских услуг (10,7%), чем мужчины пожилого возраста ($p=0,012$).

Услугами ведомственных, платных и других лечебных учреждений пользуется небольшое количество пациентов (4,6%, 7,0% и 2,8%, соответственно), в связи с чем, полученные результаты не представляются ревалентными. Однако, среди респондентов этих групп отсутствует оценка качества как «плохая» и «очень плохая».

График работы амбулаторно-поликлинических медицинских организаций удобен для большинства пациентов всех возрастных и гендерных групп – от 59,5% женщин группы сравнения до 82,2% пациентов-мужчин старческого возраста. При этом прослеживается тенденция, что с возрастом график становится более удобен, так если в группе сравнения удовлетворенность графиком отметило 59,5% и 68,8% пациентов, то в старческом возрасте – 82,2% и 78,7% соответственно, что связано с трудовой деятельностью пациентов из группы сравнения, при этом мужчинам старческого возраста график работы ЛПУ значимо чаще удобен, чем мужчинам группы сравнения ($p=0,019$), в свою очередь график неудобен от 15,6% мужчин старческого возраста до 40,5% пациентам мужчин группы сравнения, что вполне объяснимо, тем что пациенты данной группы являются работающими, в большинстве своем гражданами, и вынуждены приводить свой рабочий график в соответствии с приемом врачей терапевтов и кардиологов. При этом значимо различие между мужчинами группы сравнения и старческого возраста ($p=0,009$).

Сроки ожидания приема составляют в среднем от 2 до 7 дней с момента записи – на это указывают от 31,0% мужчин группы сравнения до 53,3% мужчин старческого возраста, при этом значимо чаще ожидают приема данный отрезок времени к врачу терапевт/кардиологу мужчины старческого возраста, чем группы сравнения ($p=0,035$). Также высока частота ожидания приема специалиста

свыше 1 недели – от 11,1% мужчин старческого возраста до 31,3% женщин группы сравнения, а также возможности попасть на прием в день записи – от 6,3% женщин группы сравнения до 25,2% мужчин этого же возраста, при этом значимо чаще в тот же день на прием могут попасть женщины пожилого (21,6%, $p=0,007$), старческого (21,3%, $p=0,0014$) возрастов и мужчины своей возрастной группы (25,2%, $p=0,004$), чем женщины группы сравнения (6,3%). Значительно реже пациенты были записаны на прием на следующий день – от 6,7% до 17,2%. Отмечена тревожная тенденция, что часть пациентов с АГ (пусть и незначительная) – от 4,4% мужчин старческого возраста до 8,2% женщин пожилого возраста вообще не могут попасть к врачу в силу ряда причин (проблемы с записью в регистратуре амбулаторных ЛПУ, отсутствие записи, болезнь врача или отсутствие в штатном расписании специалиста, неудобство графика приема данных специалистов, невозможность в силу своего состояния здоровья добраться до поликлиники и др.) – что является серьезной проблемой в адекватной приверженности пациентов к лечению АГ.

Большинство пациентов с АГ, прибывая в указанное время на прием к врачу-специалисту, вынуждены ожидать в среднем от 30 минут до 1 часа до момента приема врачом-специалистом – столько времени ожидают от 26,7% мужчин пожилого до 44,4% мужчин старческого возрастов, при этом достоверно чаще такой временной промежуток ожидают мужчины старческого возраста, по сравнению с пожилыми ($p=0,046$). От 18,8% женщин группы сравнения до 28,6% мужчин этого же возраста ожидают приема врача от 1 до 2 часов, от 8,9% мужчин старческого до 17,3% пациентов пожилого возрастов вынуждены ожидать от 15 до 30 минут, пока их примет врач. Количество пациентов, которые систематически ожидают приема врача по поводу АГ менее 15 минут сопоставимо с объемом пациентов, которые ожидают приема врача свыше 2 часов – от 7,1% мужчин группы сравнения до 17,8% мужчин старческого возраста и от 2,2% пациентов старческого до 14,7% мужчин пожилого возрастов соответственно, при этом мужчины пожилого возраста ожидают приема врача статистически значимо чаще свыше 2 часов, чем старческого возраста ($p=0,028$). Тревожной тенденцией является тот факт, что во всех возрастных и гендерных группах есть пациенты, которые указали, что на систематической основе ожидают приема врача по поводу АГ свыше 3 ч. – от 2,4% мужчин группы сравнения до 8,0% мужчин пожилого возраста.

Мнения пациентов с АГ о продолжительности врачебного приема (который по нормативным документам

длится около 10-15 минут) разделились. Считают, что он является недостаточным – от 31,1% мужчин старческого возраста до 53,1% респондентов-женщин группы сравнения, при этом статистически значимо чаще так считают женщины группы сравнения, чем пожилого возраста (36,6%, $p=0,027$). Достаточным считают время приема от 25,0% женщин группы сравнения до 46,7% пациентов-мужчин старческого возраста, при этом значимо реже так считают мужчины группы сравнения (26,2%), чем старческого возраста (46,7%, $p=0,048$) – это группа пациентов имеет определенное количество льгот и предпочтений, их чаще посещают участковые врачи – терапевты на дому, поэтому фактически время посещения ими врача длится больше установленных нормативов, и с тенденцией близкой к достоверности с мужчинами пожилого возраста (44,0%, $p=0,056$). Недостаточным временем приема считают пациенты группы сравнения – 40,5% и 53,1%, а достаточным 26,2% и 25,0% больных этой группы соответственно – это пациенты с недавно возникшей АГ, не до конца подобранной антигипертензивной терапии (АГТ), плохо знающие о факторах риска своего заболевания.

Таким образом, подавляющее большинство пациентов получают медицинскую помощь в муниципальных учреждениях здравоохранения – поликлиниках по месту жительства или регистрации. Наибольшую приверженность к посещению поликлиники имеют женщины пожилого возраста. Большинство пациентов в разной степени удовлетворены качеством медицинских услуг в поликлиниках, однако до 14,8% пациентов оценили качество услуг как «плохое» и «очень плохое». Особую неудовлетворенность высказали мужчины старческого возраста.

График работы поликлиник устраивает до 82,2% пациентов, однако сроки ожидания приема у врача остаются длительными, а 8% пациентов вообще не могут попасть на прием к врачу, особенно мужчины старческого возраста. Остаются длительными сроки ожидания приема в поликлинике с момента назначенного времени приема (от 0,5 до 3 час). Более половины респондентов считают недостаточным время, отведенное на прием у врача. Особую неудовлетворенность высказывают женщины группы сравнения.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости модернизации системы оказания амбулаторной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающим артериальной гипертензией и создания модели оказания помощи пациентам непосредственно пациентам старших возрастных групп.

EVALUATION OF SATISFACTION THE QUALITY OF AMBULATORY AND POLYCLINIC MEDICAL CARE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN THE OLDER AGE GROUPS (ACCORDING TO SOCIOLOGICAL SURVEY)

E. L. Davydov, E. I. Harkov

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The article presents data on the characteristics of ambulatory-polyclinic care for patients of elderly and senile age with hypertension. Are discussed the results of satisfaction with quality of care, depending on the age and sex of patients. It was found that the most patients in the elderly and senile age are treated in the polyclinic at their registration district. The level of quality of medical care is satisfactory. The most patients can get the doctor not earlier than in 2-7 days from the moment of making an appointment to see a doctor.

Key words: elderly and senile age, hypertension, quality of medical care, a survey, sociological survey.

Литература

1. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов // Социология медицины. – 2007. – № 1. – С. 39-41.
2. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Роль медико-социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН – 2012 – № 6 (88). – С. 113-118.
3. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
4. Котова Г.Н. Потребность городского населения в амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение РФ. – 2001. – № 6. – С. 11-13.
5. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
6. Русинова Н. Л., Панова Л. В., Бурмыкина О. Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины. – 2006. – № 2. – С. 24-31.
7. Хабриев Р. У., Серегина И. Ф. К результатам социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению // Здравоохранение РФ. – 2007. – № 1. – С. 3-5.

Сведения об авторах

Давыдов Евгений Леонардович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2270715; e-mail: devgenii@bk.ru.

Харьков Евгений Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2270715; e-mail: harkov-50@mail.ru.