

УДК 316.334:61

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЕГО ОЦЕНКЕ

© 2009 г.

И.В. Подушкина, В.М. Зубков, А.В. Курносков, В.Н. Петров

Институт ФСБ России, г. Нижний Новгород

ipodushkina@mail.ru

Поступила в редакцию 15.01.2009

Рассматриваются возможности медико-социологических исследований в оценке качества медицинской помощи, в изучении мнения больных о ее качестве с целью получения ценной оперативной информации для управления работой лечебно-профилактических учреждений. Для оценки качества медицинской помощи наиболее целесообразным является трехкомпонентный подход (структура, технологии, результат). С учетом социальной значимости выделен компонент «доступность». Проведенное медико-социологическое исследование показало широкие возможности метода анкетирования в целях выявления резервов и определения конкретных путей совершенствования медицинской помощи.

Ключевые слова: повышение качества жизни, качество медицинской помощи, управление качеством, медико-социологический мониторинг, оценка удовлетворенности, трехкомпонентный подход к оценке качества (структура качества – качество технологий – качество результата), доступность, анкетирование, медико-социологическая характеристика респондентов, уровень удовлетворенности, интегральный показатель – анализ качества.

На современном этапе реформирования здравоохранения в нашей стране основной целью государственной политики является улучшение состояния здоровья населения, в том числе и на основе обеспечения качества и доступности медицинской помощи, что должно способствовать повышению качества жизни. В 2002–2003 гг. в стране принимается ряд документов в области управления качеством: «Концепция национальной политики России в области качества продукции и услуг», «Отраслевая программа управления качеством в здравоохранении на 2003–2007 гг.», которая основана на положениях теории качества А. Донабедиана [1].

В литературе в настоящее время встречается несколько десятков формулировок понятия «качество медицинской помощи», отражающих его различные аспекты и различающихся не только деталями, но и нередко противоречащих друг другу. С учетом рекомендаций ВОЗ в российском здравоохранении было принято следующее наиболее доступное для понимания определение: качество медицинской помощи — это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, то есть его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового

патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента его взаимодействием с системой здравоохранения.

Система здравоохранения должна обязательно отвечать нуждам и требованиям пациентов, при этом быть эффективной, адекватной и экономичной [2]. В настоящее время социологические исследования по изучению мнения пациентов о качестве медицинской помощи играют важную роль в получении ценной оперативной информации, которая может быть использована в управлении работой лечебно-профилактических учреждений [3, 4]. Медико-социологический мониторинг, основываясь на результатах анкетирования участников процессов профилактической, лечебно-диагностической, организационной и финансовой деятельности, позволяет выявлять существенные проблемы, оказывающие влияние на качество медицинской помощи [5, 4].

Мы считаем, что при формировании опросников необходимо исходить из того, что качество медицинской помощи является многомерной категорией и для его оценки наиболее целесообразным является трехкомпонентный подход, который был предложен Аведисом Донабедианом (1980). Согласно его теории, принято выделять 3 компонента качества медицинской помощи и

соответственно три подхода к его оценке: структурное качество (структурный подход); качество технологии (процессуальный подход); качество результата (результативный подход). Безусловно, что этими тремя компонентами анализ качества не ограничивается, но на практике проводится множество исследований, в которых данные аспекты затронуты косвенно или имеют преломления в том или ином контексте.

Для того чтобы анкета могла достаточно точно и корректно отражать субъективно-объективный компонент восприятия пациентами качества медицинской помощи, необходимо выполнить ряд основных требований, предъявляемых к исследованию коллективного мнения [6]. К ним относятся:

- ориентированный характер анкеты (т.е. при ее формировании необходимо четко представлять цель исследования: удовлетворенность качеством медицинской помощи или оценка восприятия своего субъективного состояния здоровья, как, например, при оценке качества жизни);

- многофазное обследование в двух

вариантах: повторное обследование и 2–3-

кратный опрос одних и тех же лиц;

- сочетание опроса с экспертными оценками работы медицинских учреждений;

- обеспечение надежности, чувствительности, достоверности и репрезентативности регистрируемых в анкетах данных, поскольку все анкеты отражают субъективный характер восприятия.

На практике это означает, что, после того как будут сформированы опросники, определены критерии включения в исследование, его методы, необходимо провести процедуру валидации – проверки психометрических свойств опросника.

Для обработки и анализа данных этих исследований в настоящее время существуют различные модификации программных средств информационных систем, программных пакетов обработки статистической информации.

Целью нашего социологического исследования являлось определение на основе анализа данных анкетного опроса пациентов военного госпиталя центрального подчинения основных факторов, которые, по их мнению, могут влиять на качество и доступность

медицинской помощи онкологическим больным.

Объектом исследования стали пациенты хирургических отделений (в т.ч. онкологических) Центрального военного госпиталя (далее — госпиталь). За единицу наблюдения принимался каждый анкетированный. Общий объем репрезентативной выборки исследования определялся по таблице В.И. Паниотто, с допущением 5-процентной ошибки. При размере генеральной совокупности 1000–2000 человек, объем исследования должен составлять 286–333 анкеты соответственно. Всего было опрошено 318 пациентов, что полностью соответствует репрезентативности выборки.

Для пациентов нами была разработана анкета «Удовлетворенность качеством медицинской помощи» (УКМП) с учетом трехкомпонентного подхода к оценке качества медицинской помощи и возможностью статистической обработки всех материалов исследования с применением пакета прикладных программ SPSS, версия 12.0.; Excel for Windows XP. С учетом социальной значимости анкета была дополнена компонентом «доступность».

Анкета структурирована следующим образом. Вопросы анкеты по своей форме были закрытыми (дан достаточно исчерпывающий вариант ответов). Из них большинство вопросов альтернативные, когда предполагается выбор одного из предлагаемых ответов. Однако встречаются и неальтернативные вопросы – они предусматривают возможность выбора нескольких вариантов ответов, поэтому общая сумма удельных ответов может превышать 100%.

В ходе проведения социологического исследования использовалась бесповторная случайная выборка: один респондент заполнял анкету только один раз. Изучалось мнение пациентов по целому ряду вопросов, посвященных их удовлетворенности различными компонентами качества медицинской помощи. Оценивались следующие блоки вопросов: УСК – удовлетворенность структурным компонентом качества (7 вопросов); УТК – удовлетворенность технологическим компонентом качества (8 вопросов); УРК – удовлетворенность результативным компонентом (14 вопросов); в силу своей социальной значимости отдельно выделялся блок вопросов УД – удовлетворенность доступностью медицинской помощи (7 вопросов).

На подготовительном этапе была проведена валидизация опросника по следующим критериям. Внутреннее постоянство оценивалось вычислением α -коэффициента Кронбаха для каждой шкалы по формуле, где учитываются количество пунктов (заданий) теста, дисперсия по конкретному пункту теста и дисперсия суммарных баллов по всему тесту. Внутренняя согласованность теста по показателю α -коэффициента Кронбаха по шкалам опросника находилась в пределах 0.74–0.81, что удовлетворяло задачам исследования.

Коэффициент корреляции Пирсона при оценке воспроизводимости на небольшой группе военнослужащих мы определяли методом «ретестовой надежности», который

измерить. При оценке конструктивной валидности был использован коэффициент корреляции Пирсона, при этом подтвердилась прямая средне-сильная связь между анализируемыми блоками анкеты (УСК, УКР, УД) и итоговым вопросом об удовлетворенности качеством медицинской помощи (УдК) (табл. 1).

При анализе показателей удовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов с помощью разработанной нами анкеты для удобства и наглядности мы также предлагаем рассчитывать интегральный показатель (Кудовл – коэффициент удовлетворенности). Этот показатель рассчитывается как среднее арифметическое от показателей

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа зависимости общей удовлетворенности качеством медицинской помощи от удовлетворенности пациентов по анализируемым блокам

	M	r(X,Y)	t	p
УСК	26.47			
УдК	3.69	0.3	7.03	p < 0.001
УТК	30.12			
УдК	3.69	0.1	1.4	p = 0.2
УРК	34.59			
УдК	3.69	0.5	10.3	p < 0.001
УД	33.47			
УдК	3.69	0.4	8.3	p < 0.001

применяется для оценки определенных свойств исследуемого предмета (каким является качество медицинской помощи), достаточно стабильных во времени. Значение коэффициента в среднем составило 0.81.

Чувствительность (сенситивность) опросника – это его способность давать достоверные изменения баллов (уровня удовлетворенности качеством медицинской помощи) в соответствии с изменениями в состоянии респондента (например, в процессе лечения). Для расчета чувствительности использовано определение парного критерия Стьюдента. В ходе предварительного и основного исследования (с интервалом в 2 месяца) изучалась чувствительность шкал опросников для пациентов на малых выборках. Результаты проведенного анализа показали отсутствие достоверных различий в двух сериях анкетного опроса ($p > 0.05$), что говорило о достаточной стабильности изучаемого явления, а именно качества медицинской помощи.

Конструктивная валидность – это показатель того, насколько структура опросника позволяет достоверно измерить то, что он должен

удовлетворенности по блокам.

На этапе предварительного тестирования было установлено, что вклад оценки различных блоков удовлетворенности пациентов различными компонентами качества медицинской помощи в общую дисперсию следующий:

- блок удовлетворенности доступностью медицинской помощи (УД) – 0.33;
- блок удовлетворенности качеством структурного компонента медицинской помощи (УСК) – 0.26;
- блок удовлетворенности качеством результата медицинской помощи (УКР) – 0.21;
- блок удовлетворенности качеством технологий медицинской помощи (УКТ) – 0.2.

Общие результативные баллы, полученные в ходе медико-социологического анализа анкетирования пациентов, дают значение интегрального показателя качества – Кудовл (коэффициент удовлетворенности)

$$Кудовл = \frac{0.33УД}{5} + \frac{0.26УСК}{5} + \frac{0.21УКР}{5} + \frac{0.2УКТ}{5}$$

Интерпретация данного показателя осуществляется таким образом, что максимальное значение, равное 1, соответствует

полной удовлетворенности пациента качеством оказанной ему медицинской помощи; Кудовл = 1.0–0.81 – отличный результат; Кудовл = 0.8–0.71 – хороший результат; Кудовл = 0.7–0.41 – удовлетворительный; Кудовл – ниже 0.4 – неудовлетворительный результат.

Из собранных статистических материалов формировались базы данных для автоматизированной обработки с использованием прикладных программ Microsoft Excel, которые успешно могут применяться в любом лечебно-профилактическом учреждении (медицинском подразделении) при проведении мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

В медико-социологическом исследовании приняли участие следующие группы респондентов: пенсионеры – 17.3%; служащие ведомства – 7.9%; члены семей сотрудников ведомства – 8.8%; военнослужащие составляли 3/5 всех принявших участие в анкетировании (66.0%). Большинство респондентов (59.7%) имели семьи.

Из общего числа военнослужащих доля пациентов, проходящих военную службу по призыву, составляет 27.6%, а военнослужащих по контракту – 72.4%. Удельный вес офицерского состава в общей численности военнослужащих составляет 29.5%.

Среди принявших участие в анкетировании мужчин было в 4 раза больше, чем женщин ($p < 0.05$), что определяется спецификой прикрепленного контингента.

Повозрастная структура анкетированных представлена следующим образом: 17–27 лет – 30%; 28–40 лет – 18.9%; 41–50 лет – 20.1%; 51–55 лет – 9.4%; старше 55 лет – 21.4%. Большинство анкетированных в течение последнего года проживали в крупных городах областного значения – 51.9%, в малых городах и районных центрах – 32.1%, и только 16.0% респондентов проживали в сельской местности или приграничных районах.

По уровню образования структура респондентов была представлена двумя

основными, практически равнозначными блоками: лица со средним и средним специальным образованием составили 52.5%, с высшим – 47.5%. В наших исследованиях значимой корреляционной зависимости между уровнем образования пациентов и их удовлетворенностью качеством медицинской помощи не было установлено ($r = -0.1$).

Особый интерес представляют медико-социологические данные опрашиваемых о самооценке уровня их здоровья. Среди респондентов, находящихся на лечении в госпитале, оценили свое здоровье как «плохое и очень плохое» 24.8% пациентов, а каждый второй (49.7%) как «удовлетворительное». Только 18.2% анкетированных отметили хороший уровень состояния здоровья и 3.5% указали на «отличное» здоровье. При этом 3.8% затруднились с ответом. В наших исследованиях было установлено, что между уровнем самооценки своего здоровья и оценкой восприятия качества медицинской помощи, оказываемой в госпитале, не существовало выраженной корреляционной зависимости – ($r = 0.1$). Это говорило о том, что мы могли не учитывать влияния такого важного субъективного фактора, как самочувствие пациента, на общий уровень удовлетворенности качеством медицинских услуг.

Первые ранговые места среди основных причин обращений пациентов за медицинской помощью в течение последнего года занимают: «необходимость направления на стационарное лечение» – $25.2 \pm 1.9\%$ случаев; «профилактические осмотры» – $16.0 \pm 1.7\%$ и «опасение за свое здоровье» – $14.5 \pm 1.6\%$. При этом следует принять во внимание тот факт, что удельный вес причин обращений к врачу в связи с профилактическими осмотрами может быть реально больше за счет доли ответов, отражающих необходимость направления на обследование за пределы части ($9.0 \pm 1.3\%$) и направление на консультацию к врачу-специалисту ($9.4 \pm 1.3\%$).

Оценка структурного компонента качества медицинской помощи показала, что

Таблица 2

Распределение оценок в уровне удовлетворенности качеством структурного компонента медицинской помощи в различных группах анкетированных, %

Распределение оценочных уровней	Неудовлетв. 2–3 балла РУКС < 0.7	Удовлетв. 3–3.9 балла РУКС = 0.7–0.79	Хорошо 4.0–4.5 балла РУКС = 0.8–0.9	Отлично 4.6–5.0 балла РУКС > 0.9
Военнослужащие	0.5±0.4	7.6±1.8	31.9±3.2	60.0±3.4
Служащие	0	4.0±3.9*	20.0±8.0*	76.0±8.5*
Пенсионеры	0	5.5 ±3.1*	40.0±6.6*	54.5±9.2*
Чл. семей	3.6 ±3.5%	10.7±5.8*	25.0±8.2*	60.7±9.2*
Все категории	0.6±0.4%	7.5±1.5*	31.8±2.6*	60.3±2.7*

* $p > 0.05$ по отношению к категории военнослужащих.

подавляющее большинство респондентов высоко оценили материально-технические, финансовые и кадровые ресурсы госпиталя (табл. 2). Доля анкетированных, отметивших качество структурного компонента как «отличное», составила в различных группах от 54.5±9.2% до 76.0±8.5% без значимых статистических различий. Каждый третий пациент (31.8±2.6%) оценил уровень структурного компонента на «хорошо».

Вместе с тем особое внимание необходимо обратить на те группы респондентов, которые оценили уровень структурного компонента качества медицинской помощи как «удовлетворительный» или «неудовлетворительный». Их доля в целом составила 8.1%. В этой группе 72.0 ± ± 8.9% пациентов были не удовлетворены состоянием помещений госпиталя, кроме того, в 76.0 ± 8.5% случаев негативное отношение было связано с оценкой уровня оснащенности медицинским оборудованием (аппаратурой).

Наиболее низкие оценочные уровни были определены в отношении состояния помещений (3.8–4.1 балла). По уровню оснащенности оборудованием средние оценки составляли 4.3–4.5 балла.

Оценка доступности медицинской помощи как одной из характеристик ее качества является очень важной, поскольку имеется сильная корреляционная зависимость ($r = 0.82$) с уровнем общего интегрального коэффициента Куд. Большинство респондентов (до 65–66%) оценивают уровень доступности медицинской помощи как «хороший» и «отличный». Однако доля пациентов, оценивающих фактор доступности как «удовлетворительный», достаточно большая и по отдельным группам респондентов составляет от 28.1% до 32.0% без значимых статистических различий (табл. 3).

Подробный анализ ответов респондентов различных групп, характеризующих уровень доступности как «неудовлетворительный» и «удовлетворительный», необходим для выявления факторов, отрицательно влияющих на данную характеристику качества медицинской помощи.

В группе пациентов, неудовлетворенных медицинской помощью по компоненту доступности (их общий удельный вес

составляет 34.6% в оценочной структуре), были выявлены следующие проблемы:

1) 46.8% анкетированных указали, что время ожидания приема врача может составлять 1 час и выше;

2) около 1/3 пациентов (27.5%) были недостаточно удовлетворены возможностью получения специализированной медицинской помощи, если в ней возникала потребность. На определенные затруднения в получении консультации врача-специалиста также указывали до 31.1% анкетированных из числа неудовлетворенных доступностью медицинской помощи. Это было связано с тем, что в 35.8% случаев данная консультация проводилась спустя неделю или в течение 2–7 дней после ее назначения. Проведенный множественный корреляционный анализ показал, что именно удовлетворенность возможностью своевременного получения специализированной консультативной и медицинской помощи оказывает достаточно сильное влияние на общую оценку уровня интегрального показателя удовлетворенности качеством (Куд) и доступностью медицинской помощи (УД). Корреляционные показатели составляют $r = +0.7$; $p < 0.05$;

3) на недостаточно высокую степень возможности получения медицинской помощи в госпитале для членов их семей (ограничение социальной доступности) указали 71.6% респондентов;

4) достаточно высокий уровень материального участия (покупка медикаментов, оплата лечения и другие виды соплатежей) в организации лечения отметили 45.9% респондентов. Этот факт указывает на ограничение экономической доступности медицинской помощи.

В целом, сравнительный анализ общей оценки доступности медицинской помощи различными категориями пациентов госпиталя показал, что средние оценочные баллы данного блока составляют 4.1–4.2 балла без значимых статистических различий по категориям анкетированных. Однако по ряду вопросов данного блока имелись статистически значимые расхождения во мнениях респондентов различных групп. Так, члены семей

Таблица 3

Распределение оценок по уровню удовлетворенности доступностью медицинской помощи в различных группах анкетированных, %

Распределение оценочных уровней	Неудовлетв. 2–3 балла РУДос < 0.7	Удовлетв. 3.1–3.9 балла РУДос = 0.7–0.79	Хорошо 4.0–4.5 балла РУДос = 0.8–0.9	Отлично 4.6–5.0 балла РУДос > 0.9
Военнослужащие	6.2±1.7	28.1±3.1	42.4±3.4	23.3±3.9
Служащие	0.0±0	32.0±9.3*	44.0±9.9*	24.0±8.5*
Пенсионеры	10.9±4.2*	29.1±6.1*	34.5±6.4*	25.5±5.8*
Чл. семей	0.0±0	28.6±8.5*	32.1±8.8*	39.3±9.2*
Все категории	6.0±1.3 *	28.6±2.5*	40.3±2.7*	25.2±2.4*

Таблица 4

Распределение оценок по уровню удовлетворенности результативным компонентом качества медицинской помощи в различных группах анкетированных, %

Распределение оценочных уровней	Неудовлетв. 2–3 балла РУКР < 0.6	Удовлетв. 3.1–3.99 балла РУКР = 0.62–0.79	Хорошо 4.0–4.55 балла РУКР = 0.8–0.9	Отлично 4.56–5.0 балла РУКР > 0.9
Военнослужащие	0±0	11.9±2.2	31.4±3.2	56.7±3.4
Служащие	0±0	4.0*±3.9	28.0*±8.9	68.0*±9.3
Пенсионеры	0±0	10.9*±4.2	36.4*±6.5	52.7*±6.7
Чл. семей	0±0	25.0*±8.1	17.9*±7.2	57.1*±9.4
Все категории	0±0	12.2±1.8	30.8±2.6	56.9±2.8

* $p > 0.05$ по отношению к категории военнослужащих.

военнослужащих более высоко по сравнению с самими военнослужащими оценивают возможность получения медицинской помощи в условиях госпиталя, хотя чаще указывают на более длительные сроки ожидания приема врача, нежели пациенты других групп. Пациенты-пенсионеры по сравнению с военнослужащими чаще отмечают свое материальное участие в лечебно-диагностическом процессе (покупки медикаментов, оплата лечения), что приводит к более низкой оценке данной позиции (4.2 и 3.5 соответственно, при $p < 0.05$). Анализ материалов нашего исследования свидетельствует, что до 36.4% респондентов-пенсионеров принимали участие в оплате (полной или частичной) медицинских услуг. При этом наибольшим спросом пользовались услуги стоматолога, а также различные диагностические услуги (лабораторные и инструментальные обследования).

Оценка результативного компонента качества медицинской помощи позволяет изучить уровень удовлетворенности пациентов как изменениями своего состояния здоровья в ходе проведенного лечения, так и итоговую характеристику деятельности лечебно-диагностических подразделений и всего ЛПУ в целом. Сравнительная оценка результативного компонента различными категориями пациентов представлена в таблице 4.

Данные, полученные в ходе анализа оценочных уровней результативного компонента качества медицинской помощи, свидетельствуют о том, что практически каждый девятый пациент госпиталя считает, что результативность оказанных медицинских услуг достаточно высокого уровня. На «хорошо» и «отлично» оценили вопросы данного блока 87,7% всех анкетированных. При этом статистически значимых различий по сравнению с группой пациентов-

военнослужащих в других группах респондентов не выявлено.

Практически во всех группах респондентов было отмечено достаточно выраженное улучшение состояния здоровья в результате проведенного лечения. Средний оценочный балл по данному вопросу составил 4.0–4.2 без значимых статистических различий. Вместе с тем пациенты-пенсионеры и пациенты-служащие по своему состоянию здоровья более часто посещают врачей поликлиники, нежели пациенты-военнослужащие, что полностью объясняется исходным уровнем здоровья данных категорий.

Весьма положительным является тот факт, что всеми анкетированными были высоко оценены результаты деятельности различных функциональных подразделений госпиталя – 4.7–4.8 балла при $p > 0.05$. При этом респонденты выражают высокий уровень доверия к лечебно-диагностическому процессу, поскольку данная ими оценка безопасности лечения составляет 4.4–4.4 балла ($p > 0.05$), а в сравнении с другими ЛПУ госпиталю отдается предпочтение (оценочный балл 4.8). Такой же высокой оценкой характеризуется уровень удовлетворенности пациентов работой врачебного (4.7–4.9 балла) и сестринского персонала (4.7–4.8 балла). В целом уровень удовлетворенности лечебно-диагностическим процессом в госпитале составляет 4.6–4.8 балла без значимых статистических различий по группам респондентов.

Несмотря на то что в целом были получены достаточно хорошие оценки уровней удовлетворенности результативным компонентом качества медицинской помощи, особый интерес вызывает анализ причин, послуживших основой формирования группы пациентов, давших «удовлетворительную» оценку деятельности госпиталя. Доля таких респондентов в целом составила 12.2±1.8%. В

Таблица 5

Распределение оценок по уровню удовлетворенности процессным компонентом качества медицинской помощи в различных группах анкетированных, %

Распределение оценочных уровней	Неудовлетв. 2–3 балла РУКТ < 0.6	Удовлетв. 3.1–3.99 балла РУКТ = 0.62–0.79	Хорошо 4.0–4.55 балла РУКТ = 0.8–0.9	Отлично 4.56–5.0 балла РУКТ > 0.9
Военнослужащие	0±0	13.3±2.3(28)	36.7±3.3(77)	50.0±3.5(105)
Служащие	0±0	4.0**±3.9(1)	36.0*±9.6 (9)	60.0*±9.8(15)
Пенсионеры	0±0	7.2*±3.5(4)	38.2*±6.6(21)	54.5*±6.7(30)
Чл. семей	3.6±3.5(1)	3.6**±3.5(1)	32.1*±8.8(9)	60.7*±9.2(17)
Все категории	0.3±0.3(1)	10.7±1.7(34)	36.5±2.7(116)	52.5±2.8(167)

* p > 0.05 по отношению к категории военнослужащих;

** p < 0.05 по отношению к категории военнослужащих.

Таблица 6

Сравнительный анализ общей оценки процессного компонента качества медицинской помощи

Оценка среднего балла блока	Военнослужащие			Служащие			Пенсионеры			Члены семей		
	М	±m	σ	М	±m	σ	М	±m	σ	М	±m	σ
УКТ	4.5	0.03	0.5	4.6	0.1	0.3	4.7*	0.07	0.5	4.2*	0.1	0.6

* p < 0.05 по сравнению с группой пациентов-военнослужащих.

этой группе 46.2±7.9% анкетированных были недостаточно удовлетворены изменениями в состоянии своего здоровья в ходе проведенного лечения, а 56.4±7.9% пациентов данной группы высказали сомнения по поводу безопасности проводимого лечения. Однако при этом респонденты проблемной группы были удовлетворены работой лечащего врача в 92.3±4.3% случаев и в 79.5±6.5% всей работой госпиталя.

Сравнительная оценка процессного компонента различными категориями пациентов представлена в таблице 5.

Анализ данных показал, что в целом «хорошую» и «отличную» оценку уровню процессного компонента качества медицинской помощи дают 89% респондентов. Общие оценочные уровни блока соответствуют достаточно высокому уровню (табл. 6).

На общую оценку удовлетворенности качеством медицинских технологий оказывает влияние уровень удовлетворенности лечебно-диагностическим, реабилитационным и профилактическим процессами, реализуемыми в госпитале. Имеется положительная корреляционная зависимость уровней оценок по данным вопросам и общим восприятием процессного компонента (r = +0.7), для лечебного процесса r = +0.8.

В группе респондентов, давших удовлетворительные и неудовлетворительные оценки качества медицинских технологий в

госпитале (их доля составляет 11%), 28.6±7.6% респондентов считают, что врачи применяют недостаточно современные технологии лечения. При этом в 37.1±8.2% случаев это касается лечебного процесса, а в 40.0±8.3% технологий реабилитации. В 68.6±7.8% случаев неудовлетворенность данной группы пациентов была обусловлена качеством организации питания в учреждении. Каждый третий респондент данной группы выставил низкие «удовлетворительные» оценочные баллы качеству лечебно-охранительного режима и технологиям медико-профилактической работы.

Необходимо отметить, что отношение различных категорий респондентов к организации лечебно-охранительного режима в госпитале совершенно не равнозначно. Так, если пациенты-служащие дали низкую оценку по данному вопросу (3.8±0.2 балла), то члены семей военнослужащих, находящихся на лечении, наоборот, достаточно высоко оценивают эти режимные мероприятия (4.8±0.1).

Подводя итог анализа полученных данных, необходимо представить общую характеристику удовлетворенности качеством медицинской помощи по уровню общего интегрального коэффициента. Среди всего массива полученных данных не было ни одного ответа, свидетельствующего о плохом уровне качества медицинской помощи. В целом мнения

Таблица 7

**Сводная таблица средних значений балльных оценок удовлетворенности пациентов
качеством медицинской помощи по блокам**

Средние оценочные значения по блокам								Интегральный показатель
УСК	РУСК	УКТ	РУКТ	УКР	РУКР	УД	РУД	0.88
4.55	0.91	4.52	0.9	4.51	0.9	4.11	0.82	

пациентов госпиталя представлены следующим образом:

– удовлетворительный уровень (Кудовл = 0.7–0.41) – 2.5%;

– хороший результат (Кудовл = 0.8–0.7) – 14.5%;

– отличный результат (Кудовл = 1.0–0.81) – 83.0%.

При этом в различных группах анкетированных это соотношение не имело статистических различий. Такое согласованное восприятие в оценочных уровнях свидетельствует о высокой степени социальной доступности медицинской помощи, когда отсутствуют какие-либо предпочтения группам пациентов. Средние значения оценочных и интегральных показателей по анализируемым блокам, по мнению пациентов госпиталя, представлены в таблице 7.

В представленной таблице наглядно видно, что в целом уровень удовлетворенности всеми компонентами качества медицинской помощи в госпитале достаточно высок и находится в пределах хороших оценок. Вместе с тем имеется определенный резерв, к ликвидации которого необходимо стремиться путем выявления и устранения причин, негативно влияющих на восприятие пациентами качества медицинской помощи. Особо отметили пациенты в организации медицинской помощи ее доступность (средняя оценка – 4.11 балла).

Таким образом, разработанная в соответствии с основными принципами социологических исследований анкета оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи позволяет анализировать не только медико-социологические характеристики респондентов, но и различные компоненты качества медицинской помощи как в отдельности, так и в целом, что крайне необходимо для реализации процесса управления. Изучение удовлетворенности пациентов при дифференцированном подходе дает представление о тех проблемах, которые

порой скрыты от взгляда медицинских работников, но существуют на различных уровнях медицинской службы. Это, в свою очередь, может помочь в выявлении так называемых «слабых мест» в организации качественных лечебно-профилактических мероприятий, а также в определении конкретных путей совершенствования медицинской помощи. Поскольку ориентация на потребителя (пациента) должна стать одним из базовых принципов системы контроля качества медицинской помощи, медико-социологические исследования могут быть рекомендованы для анализа качества оказания медицинской помощи на различных уровнях здравоохранения.

Список литературы

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // *Milbank. Mem. Fund.*, 1996. Vol. 44. P. 153–166.
2. Кучеренко В.З., Ластовецкий А.Г. Информационные технологии и экспертиза качества медицинской помощи // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 1998. № 2. С. 46–50.
3. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины. М.: Терра, 2000. 238 с.
4. Шикина И.Б., Сорокина Н.В., Вадосанидзе С.Л., Лихота А.И. Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // *Проблемы управления здравоохранением*. 2006. № 5 (30). С. 22–26.
5. Вадосанидзе С.Л. Теоретические и прикладные аспекты управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре // *Автореф. дисс... канд. мед. наук*. Москва, 2002. 48 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине / Учебное пособие под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 304 с.
7. Красильников А.В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // *Проблемы управления здравоохранением*. 2005. № 1. Т. 20. С. 34–39.
8. Линденратен А.Л., Голоденко В.Н., Зволинская Р.М. Некоторые теоретические аспекты оценки качества медицинской помощи // *Проблемы*

оценки качества медицинской помощи: Сб. научн. трудов. Вып. 1 / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова и Н.П. Куликовой. СПб., 1996. С. 13–17.

9. Мелякова А.А., Гордашников В.А., Юдин С.В. Социологические исследования в определении условий совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2005. № 4. С. 50–52.

10. Харрингтон Дж. Управление качеством в американских корпорациях. М.: Мир, 1986. 288 с.

11. Юдин С.В., Мелякова А.А., Юдина А.С. Социологические исследования как метод определения мотивационных условий совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Тюменский медицинский журнал. 2005. № 5. С. 19–22.

**MEDICAL HELP'S QUALITY AND APPLICATION'S OPPORTUNITY
OF SOCIOLOGICAL RESEARCHES IN MEDICINE FOR ITS ESTIMATE**

I.V. Podushkina, V.M. Zubkov, A.V. Kurnosov, V.N. Petrov

The present paper was devoted in application's opportunity of sociological researches in medicine for estimate of medical help's quality. Now days sociological researches in studying of patient's opinion about medical help's quality play important role in obtain valuable, fast information which can be used in the management of medical organizations.

In the process of questioners' composition we use the principle of validation which is the examine of questioner's psychometrical properties. Medical help's quality was considered to be complex category for which estimate we had chosen 3-components' approach (structure, technology and result). The component «accesses» was allotted in case of social importance.

The realized sociological researches in medicine was permitted to show the broaden opportunity of survey's method in reserves' proclamation and definition of fixed ways' medical help's improvement.