

ISSN 1727-4338

Клінічна та експериментальна ПАТОЛОГІЯ



Т. XII, №4(46), 2013

**М. Р. Хара, О. В. Шкумбатюк,
Л. І. Кучирка, З. С. Головецька**
*Статеві аспекти участі мелатоніну в
регуляції ритму серця при
пошкодженні адреналіном*

**О. П. Цимбала, В. М. Акімова,
Л. Є. Лаповець, О. М. Кади́кало**
*Зміни деяких біохімічних показників
сироватки крові хворих на
ускладнений гострий калькульозний
холецистит*

Наукові огляди

В. В. Безрук
*Нефрологічні аспекти артеріальної
гіпертензії в дітей та підлітків*

Т. С. Комишук
*Морфологічні передумови виникнення
уроджених вад розвитку головного
мозку*

**В. Й. Смержевський, А. В. Якушев,
Р. В. Салютін, А. В. Габриелян,
В. М. Шаблій, Т. М. Доманський,
В. Ф. Оніщенко, І. В. Кудла**
*Специфічні імунологічні ускладнення,
при трансплантації стовбурових
клітин*

**І. В. Шкварковський, О. П. Москалюк,
А. Г. Іфтодій, І. А. Бриндак**
*Патогенез впливу пахвинної
герніопластики на репродуктивну
функцію чоловіків*

V. V. Havryliak
*Assessment of human hair damage after
oxidative stress*

Медицина реформа

**І. Д. Шкробанець, А. С. Біду́чак,
Е. В. Кардаш**
*Вивчення громадської думки пацієнтів
щодо доступності, задоволеності
надання медичних послуг та
реформування охорони здоров'я*

126 **M. R. Khara, O. V. Shkumbatiuk,
L. I. Kuchyrka Z.S. Golovetska**
*Gender Related Aspects of Melatonin Parti-
cipation In the Cardiac Rhythm Regulation
in Case of Adrenaline Cardiac Damage*

137 **O.P. Tymbala, V. N. Akimova,
L.Ye. Lapovets, O. M. Kadykalo**
*Changes of Some Biochemical Parameters
of Blood Serum of Patients with
Complicated Acute Calculous Cholecystitis*

Scientific Reviews

139 **V.V. Bezruk**
*Nephrological Aspects of Hypertension in
Children and Teenagers*

138 **T.S. Komshuk**
*Morphological Preconditions for
Congenital Defects Origin During the
Brain Development*

144 **V.I.Smorzevskiy, A.V.Yakushev,
R.V.Salutin, A.V.Gabrielan, V.M.Shabliy,
T.M.Domansky, V.F.Onischenko,
I.V.Kudlay**
*Specific Immunological Complications of
Stem Cell Transplantation*

148 **I.V. Shkvarkovskij, O.P. Moskaliuk,
A.G. Iftody, I.A. Bryndak**
*Pathogenesis of Inguinal Hernioplasty
Influence on the Reproductive Function
of Men*

152 **V. V. Havryliak**
*Assessment of human hair damage after
oxidative stress*

Medical reform

153 **I.D. Shkrobanets, A.S. Biduchak,
E. V. Kardash**
*Study of Public Opinion of Patients
Concerning Availability, Satisfaction of
Rendering Medical Services and Attitude
to Reforming Public Health*



УДК 616.15-005-036.12-07

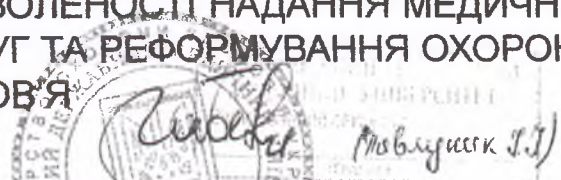
І. Д. Шкробанець*

А. С. Бідучак

Е. В. Кардаш

Департамент охорони здоров'я та
цивільного захисту населення
Чернівецької обласної державної
адміністрації*
Буковинський державний медичний
університет м. Чернівці

ВИВЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ДОСТУПНОСТІ, ЗАДОВОЛЕНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Ключові слова: реформування
охорони здоров'я, джерела інфор-
мації, знання пацієнтів, анкетування.

Резюме. Вивчено та проаналізовано серед пацієнтів Чернівецької області рівень доступності, задоволеності надання медичних послуг та ставлення до реформування охорони здоров'я.

Вступ

Соціальною метою системи охорони здоров'я є підвищення якості життя пацієнта через забезпечення його необхідною медичною допомогою. ВООЗ сформулювало чотири складові, що забезпечують якість медичної допомоги: кваліфікація спеціалістів, оптимальне використання ресурсів, вираховування ризику для пацієнта та задоволеність пацієнта [5]. Надання якісної медичної допомоги має починатися з поліклінік за місцем проживання. І саме від взаємодії з сімейним лікарем, довіри до нього залежить поведінка хворого, прихильність його до профілактичних і лікувальних заходів та можливість контролю стану його здоров'я.

За даними закордонних дослідників, очікування від візиту до лікаря у чверті пацієнтів не виправдовуються [3, 6, 7]. В умовах вітчизняної медицини існують ті ж проблеми. Пацієнти скаржаться на те, що лікарі їх не вислуховують, поспішають, не дозволяють брати участь в обговоренні лікування, а питання профілактики взагалі не обговорюється. У свою чергу, лікарі вказують на брак часу для подібного спілкування. Усі ці проблеми поглиблюються здебільшого економічним станом самого хворого: система не може забезпечити якісне безкоштовне обстеження та лікування, а в пацієнта часто не вистачає коштів на оплату відповідних медичних заходів із власної кишені [1, 2, 4,].

Важливим є забезпечення оптимального ступеню упорядкування процесу управління шляхом розробки та впровадження вимог, норм та правил, що має здійснюватися через розвиток стандартизації в системі охорони здоров'я.

Мета дослідження

Вивчити в лікувальних закладах на території Чернівецької області, думки пацієнтів щодо питань доступності, задоволеності надання медичної допомоги, обізнаності стосовно реформування охорони здоров'я.

Матеріал і методи

Для досягнення мети дослідження нами було розроблено оригінальну анкету, яка містить 15 запитань з приводу оцінки доступності, задоволеності надання медичних послуг та необхідності реформування охорони здоров'я. До анкети увійшли запитання – «меню», тобто, коли респондент може вибрати будь-яке поєднання варіантів відповідей, та питання, що припускають один із двох варіантів відповіді («так» або «ні»). У низці запитань передбачалось, що респондент напише те, що вважає за необхідне, в спеціально відведеному рядку. Дані про пацієнта, який заповнив анкету, містили питання, що характеризують соціальний статус (вік, стать, соціальне становище, територія мешкання, середньомісячний заробіток).

Анкетування проводили протягом 2013 року серед осіб, які мешкають у Чернівецькій області. Був проведений аналіз результатів опитування 554 пацієнта (265 чоловіків та 289 жінок), які знаходилися на диспансерному обліку з приводу хронічних захворювань та на лікуванні в стаціонарі. Анкета заповнювалася пацієнтами самостійно та була анонімною. Розрахунок результатів вівся у відсотках. Загальна кількість опитаних бралася за 100% і методом рівняння розраховувався потрібний відсоток опитаних.

Обговорення результатів дослідження

Всього опрацьовано 554 опитувальних листа осіб віком від 18 років: з них: чоловіків – 265 (47,3%), жінок – 289 (52,2%).

Соціальний стан респондентів розподілено наступним чином: серед чоловіків працюючих – 109 (41,1%), жінок – 115 (39,8%); пенсіонерів по віку – чоловіків – 42 (15,8%), жінок – 77 (26,6%); працюючих пенсіонерів чоловіків – 59 (22,3%), жінок – 34 (11,8%); інвалідів чоловіків – 34 (12,8%), жінок – 23 (8,0%); студентів серед чоловічого та жіночого населення виявилась однаково

ва кількість – 24 (8,3%); безробітних чоловіків – 2 (0,8%), жінок – 26 (9,0%).

Найчастіше метою звернення до сімейного лікаря та «вузьких спеціалістів» серед пацієнтів є лікування хронічних захворювань населення (чоловіки – 102 (38,5%), жінки – 121 (41,7%)); обстеження, проведення аналізів, діагностичних процедур (чоловіки – 93 (35,1%), жінок – 105 (36,3%)); виписка рецептів (чоловіки – 52 (19,6%), жінок – 41 (14,2%)); профілактичний огляд (чоловіки – 40 (15,1%), жінок – 58 (20,1%)); диспансеризація (чоловіки – 29 (11,0%), жінок – 30 (10,4%).

Час очікування респондентами прийому до сімейного лікаря наступний: 15 хвилин (чоловіки – 96 (36,2%), жінки – 104 (36,0%)); 30 хвилин (чоловіки – 114 (43,0%), жінки – 124 (43,0%)); 1 година (чоловіки – 42 (15,8%), жінки – 25 (8,7%)); 2 години (чоловіки – 11 (4,2%), жінки – 15 (5,2%)); більше двох годин (чоловіки – 14 (5,3%), жінок – 16 (5,5%).

На питання «Які із чинників ризику виникнення хронічних захворювань у Вас присутні?» відповіді розподілились наступним чином: тютюнопаління (чоловіки – 130 (49,5%), жінки – 39 (13,5%)); вживання спиртних напоїв (чоловіки – 120 (45,3%), жінки – 48 (16,6%)); нераціональне харчування (чоловіки – 93 (35,1%), жінки – 134 (46,4%)); надлишкова маса тіла (чоловіки – 68 (25,7%), жінки – 108 (37,4%)); низька фізична активність (чоловіки – 66 (25,0%), жінки – 126 (43,6%)). Висновок очевидний: висока поширеність чинників ризику свідчить про несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо хронічних захворювань. Наявність такого профілю ризику не дозволяє найближчим часом сподіватися на помітне зниження смертності населення і свідчить про необхідність більш активного застосування методів профілактики на індивідуальному та популяційному рівнях.

Задоволеними рекомендаціями, порадами та призначеннями стосовно виявленого в пацієнтів захворювання сімейним лікарем виявилось 198 (74,7%) чоловіків та 208 (71,8%) жінок, незадоволеними залишилися – 67 (25,3%) чоловіків та 81 (28,2%) жінок. Цікавим фактом є відсутність залежності задоволеності пацієнта від роботи сімейного лікаря. На частоту невдоволення допомогою не впливали вік, стать і соціальний стан пацієнтів.

Середньомісячний дохід до 1 тис. гривень мали 39,6% (105) чоловіків та 45,0% (130) жінок; від 1 до 2 тис. – 52,5% (139) чоловіків, 45,3% (131) жінок; від 2 до 3 тис. – лише 25 (9,4%) чоловіків, 33 (11,4%) жінок; більше 3 тис. – 0,4% (1) чоловіків, 1,7% (5) жінок. Тимчасово непрацюючі пацієнти та пенсіонери частіше мали

мінімальний дохід, в інших випадках рівень доходів не залежав від соціального становища.

На питання «Чи вистачає Вам коштів на придбання необхідних медикаментів та проведення діагностичних обстежень?» більший відсоток як чоловіків 78,0% (207) та жінок 85,0% (246) відповіли, що «ні», «так» – чоловіків 58 (22,0%) та жінок – 43 (15,0%). Більшість опитаних пацієнтів мають мінімальний середньомісячний дохід коштів, що відповідно веде до нестачі коштів на придбання медикаментів та проведення діагностичних обстежень.

Респондентам було запропоновано оцінити рівень задоволеності по 5 бальній системі від «1» до «5» рівень доступності і якості медичної допомоги, відповіді розподілились таким чином: 1 бал – 16 (6,0%) чоловіків проти 14 (4,8%) жінок; 2 бали – 17,0% (45) чоловіків, 11,4% (33) жінки; 3 бали – 35,1% (93) чоловіків, 34,0% (98) жінок; 4 бали – 39,6% (105) чоловіків, 45,3% (131) жінок; 5 балів – 5,0% (13) чоловіків, 7,6% (22) жінки.

На питання «Як, на Вашу думку, вплинуть впроваджувані реформи у галузі охорони здоров'я на якість отримання медичної допомоги?» 27,2% (72) чоловіків та 29,8% (86) жінок вважають, що відбудуться позитивні зміни; 32,5% (86) чоловіків та 30,4% (88) жінок – вважають, що нічого не зміниться; 27,4% (73) чоловіків та 26,3% (76) жінок – вважають, що відбудуться негативні зміни; 14,3% (38) чоловіків та 18,7% (54) жінок – важко сказати, бо недостатньо проінформовані. Вражає той факт, що пацієнти висловлюють думку, що при проведенні реформ у галузі охорони здоров'я нічого не зміниться. Це можна пояснити можливо не знанням або не розумінням завдань при проведенні реформування. Тому необхідно через ЗМІ доступно доносити суть реформування галузі охорони здоров'я і його наслідки.

На питання «Як Ви дізнаєтесь про реформи в медицині?» респонденти зазначили наступне: із засобів масової інформації (90 (34,0%) чоловіків, проти 118 (40,8%) жінок); зі слів знайомих (46,8% (124) чоловіків та 29,4% (85) жінок); з інформації у закладах охорони здоров'я – 15,8% (42) чоловіків, 18,0% (52) жінок; 31,0% (82) чоловіків та 30,4% (88) жінок дуже мало знають, хочуть дізнатися більше. Не можна недооцінювати в цьому роль первинних структур охорони здоров'я тому, що більшість опитаних пацієнтів не користується ЗМІ і відповідно не може висловити думку стосовно впровадження реформи.

На питання «Чи доцільно проводити реформи в медицині?»: переважна більшість відповіло «так» 76,6% (203) чоловіків та 66,0% (191) жінок, і лише 23,4% (62) чоловіків та 34,0% (98) жінок – що «ні».

На питання «В якому напрямку необхідно проводити реформування галузі охорони здоров'я?» більшість респондентів зазначили, що в профілактичному (80,0% (212) чоловіків та 63,0% (182) жінок); в економічному (48,8% (129) чоловіків, 34,0% (98) жінок); сімейна медицина (24,2% (64) чоловіків, 33,2% (96) жінок); страхова медицина (35,1% (93) проти 25,3% (73) жінок). Це свідчить про необхідність удосконалювати профілактичний напрямок медицини (на індивідуальному та популяційному рівнях), що дозволить поліпшити якість і подовжити життя населення, збільшити трудові ресурси та економічний потенціал країни.

Висновки

1. Система оцінки якості та ефективності медичної допомоги повинна функціонувати в кожному лікувальному закладі безперервно. Слід чітко розуміти, що тільки через покращання якості медичної допомоги забезпечується задоволеність пацієнта медичними послугами та благополуччя персоналу лікувально-профілактичного закладу. Отже, якість та безпека медичної допомоги повинні стати основою справою кожного медичного працівника.

2. Проведене соціологічне дослідження свідчить, що сфера охорони здоров'я в Україні потребує невідкладного реформування і вироблення державної програми підвищення пріоритетності розвитку сімейної медицини як ключової ланки профілактичної медицини.

Перспективи подальших досліджень.

Необхідно істотно поліпшити доведення інформації про профілактику захворювань та ЗСЖ до тих, кому вона призначена, причому не лише до осіб, що приймають рішення, а й до пацієнтів. Рівень знань населення в галузі здоров'я – один із вагомих факторів, від якого залежить відповідальність громадян за збереження здоров'я, відмову від «шкідливої поведінки» і формування здорового способу життя.

Література. 1. Горбась І.М. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів / І.М. Горбась, О.М. Барна, В.Ю. Сакалош, М.А. Бакуменко // Ліки України. – 2010. – № 1. – С. 4–9. 2. Калинина А.М. Качество профилактического консультирования по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения / А.М. Калинина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 5–10. 3. Навчук І.В. Вивчення знань сільських лікарів щодо превентивних технологій хвороб системи кровообігу / І.В. Навчук // Бук. мед. вісник. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 213–215. 4. Методичні рекомендації розробки та застосування основних профілактичних технологій у діяльності профілактичної охорони здоров'я / А.Р. Уварено, Б.О. Ледошук, О.П. Яворовський, Н.В. Марчук. К., 2006. – 16с. 5. Шніцер Р.І. Вивчення задоволеності населення якістю медичного обслуговування (на прикладі Свалявського району Закарпатської області). / Р.І. Шніцер, Р.Ю. Рогач, Л.В. Погоріляк // Науковий вісник Ужгородського університету – 2012. – № 1 (43). – С. 168–170. 6. Ягемський А.В. Сучасні підходи до профілактики серцево-судинних захворювань: роль регіональних програм. // Ліки України. – 2010. – № 10 (1). – С. 28–31. 7. Ягмур В.Б. Підсумки анкетування пацієнтів із міліарними захворюваннями з питань якості надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах. / В.Б. Ягмур // Здоров'я України (медична газета). – 2010. – № 11. – С. 49–50.

ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ДОСТУПНОСТИ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Д. Шкробанец, А.С. Бидучак, Э.В. Кардаш

Резюме. Изучено и проанализировано среди пациентов Черновицкой области уровень доступности, удовлетворенности предоставления медицинских услуг и отношения к реформированию здравоохранения.

Ключевые слова. Реформирование здравоохранения, источники информации, знания пациентов, анкетирование.

STUDY OF PUBLIC OPINION OF PATIENTS CONCERNING AVAILABILITY, SATISFACTION OF RENDERING MEDICAL SERVICES AND ATTITUDE TO REFORMING PUBLIC HEALTH

I.D. Shkrobanets, A.S. Biduchak, E. V. Kardash*

Abstract. The level of accessibility satisfaction of rendering medical services and attitude to reforming public health has been studied and analyzed among the patients of the Chernivtsi region.

Key words: reformation of public health, sources of information, patients knowledge, questionnaire.

Department of Public Health and Civil Defense of the Population of the Chernivtsi Regional State Administration* Bukovyna State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol. 12. №4 (46). - P.155-157.

Надійшло до редакції 01.12.2013

Рецензент – проф. Л.І.Власик

© І.Д. Шкробанець, А.С. Бідучак, Е.В. Кардаш, 2013