

УДК 614.2(574-25)

ОЦЕНКА НАСЕЛЕНИЕМ ГОРОДА АЛМАТЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

© 2017 г. ¹Б. С. Турдалиева, ¹В. Ю. Байсугурова, ¹Г. Т. Кашафутдинова, ¹Г. Е. Аимбетова, ¹М. А. Рамазанова, ¹Н. А. Талкимбаева, ²Л. С. Ермуханова, ³А. А. Баймагамбетова, ³Г. С. Каюпова, ¹Ж. М. Меирманова, ¹М. Т. Байказаква, ⁴С. В. Иванов, ⁵⁻⁸А. М. Гржибовский

¹Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы, Казахстан; ²Западно-казахстанский государственный медицинский университет, г. Актобе, Казахстан; ³Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан; ⁴Первый медицинский университет им. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург; ⁵Национальный институт общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия; ⁶Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск; ⁷Северо-Восточный федеральный университет, г. Якутск; ⁸Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан

Проведено анкетирование 1 194 респондентов в возрасте старше 45 лет среди жителей г. Алматы (Республика Казахстан) для оценки удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Специально обученные интервьюеры посетили респондентов на дому, и те заполнили специализированный опросник, в котором были представлены вопросы относительно социально-демографических характеристик респондента, особенностей обращения за медицинской помощью в течение последнего года, вредных привычек, самооценки здоровья, отношения к врачам и мнения респондента о качестве медицинской помощи в целом. Для анализа данных использовалась бинарная логистическая регрессия, коррекция проводилась на социально-демографические особенности респондентов и особенности обращения за медицинской помощью. Результаты исследования показали, что не удовлетворены качеством медицинской помощи были 55,7 % (95 % ДИ 52,9; 58,5) респондентов. Многомерный анализ обнаружил, что неудовлетворенность качеством медицинской помощи была ассоциирована с уровнем образования респондентов, уровнем дохода, самооценкой здоровья, но наибольшее значение имело недоверие к врачам, которое повышало шансы негативной оценки медицинской помощи в 19 раз (96 % ДИ 12; 30), в то время как сомнения в отношении доверия к врачам – в 7 раз (95 % ДИ 5; 10) по сравнению с ситуацией, когда респондент относился к врачам с доверием. Таким образом, организационные мероприятия, направленные на повышение доверия к врачам, в первую очередь развитие персонифицированной медицины, может повысить степень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Данное исследование может послужить отправной точкой для проведения панельного исследования для оценки динамики удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, социологическое исследование, анкетирование, Алматы, Казахстан

ASSESSMENT OF HEALTH CARE QUALITY BY POPULATION OF ALMATY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

¹B. S. Turdaliyeva, ¹V. Y. Baysugurova, ¹G. T. Kashafutdinova, ¹G. E. Aimbetova, ¹M. A. Ramazanova, ¹N. A. Talkimbayeva, ²L. S. Ermukhanova, ³A. A. Baymagambetova, ³G. S. Kayupova, ¹Z. M. Meyrmanova, ¹M. T. Baykazakova, ⁴S. V. Ivanov, ⁵⁻⁸A. M. Grjibovski

¹Kazakh Stater National Medical University, Almaty, Kazakhstan; ²East Kazakhstan State Medical University, Aktobe, Kazakhstan; ³Karaganda State Medical University, Karaganda, Kazakhstan; ⁴First Medical University n. a. I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia; ⁵National Institute of Public Health, Oslo, Norway; ⁶Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ⁷North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia; ⁸International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

A survey of 1 194 respondents aged 45+ living in Almaty (Kazakhstan) to assess satisfaction with the quality of medical care was conducted. Specially trained interviewers visited respondents at home and filled questionnaires, which included questions on socio-demographic characteristics, the characteristics of medical care during the past year, bad habits, self-assessment of health, trust to doctors and the respondent's opinion on quality of health care.

Binary logistic regression was used to analyze the data. Adjustment was performed for socio-demographic characteristics of respondents and the peculiarities of medical care. Altogether, 55.7 % (95 % CI 52.9; 58.5) of respondents were not satisfied with the quality of medical care. In multivariable analysis dissatisfaction with the quality of health care was associated with education, income, and self-, but the most influential factor was distrust of doctors (OR = 19, 95 % CI 12; 30). Thus, measures aimed at increasing the trust in doctors, especially the development of personalized medicine, have a potential increase the degree of satisfaction of the population with the quality of medical care. This study can serve as a start point for a panel study to monitor population's satisfaction with the quality of health care.

Keywords: quality of health care, survey, questionnaire, Almaty, Kazakhstan

Библиографическая ссылка:

Турдалиева Б. С., Байсугурова В. Ю., Кашафутдинова Г. Т., Аимбетова Г. Е., Рамазанова М. А., Талкимбаева Н. А., Ермуханова Л. С., Баймагамбетова А. А., Каюпова Г. С., Меирманова Ж. М., Байказаква М. Т., Иванов С. В., Гржибовский А. М. Оценка населением города Алматы Республики Казахстан качества медицинской помощи: поперечное исследование // Экология человека. 2017. № 11. С. 56–64.
Turdaliyeva B. S., Baysugurova V. Y., Kashafutdinova G. T., Aimbetova G. E., Ramazanova M. A., Talkimbayeva N. A., Ermukhanova L. S., Baymagambetova A. A., Kayupova G. S., Meyrmanova Z. M., Baykazakova M. T., Ivanov S. V., Grjibovski A. M. Assessment of Health Care Quality by Population of Almaty: a Cross-Sectional Study. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2017, 11, pp. 56-64.

Согласно концепции Всемирной организации здравоохранения удовлетворенность населения медицинской помощью является одним из ключевых компонентов обеспечения ее качества наряду с высоким профессионализмом врачей, эффективным использованием ресурсов и минимизацией рисков для пациента [18].

Степень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи зависит и от объективных причин, связанных с проводимыми лечебно-профилактическими мероприятиями, и от субъективного мнения пациента, причем пациенты судят о качестве медицинских услуг прежде всего на основании субъективного восприятия их результативности и сервисного сопровождения [6]. При этом в последние десятилетия в развитых странах сформировалась определенная закономерность, которую можно рассматривать как «побочный эффект» развития здравоохранения — чем выше уровень развития медицинской помощи, тем выше и запросы пациентов относительно ее качества [13, 23].

Таким образом, мнение конечного потребителя медицинских услуг — пациента — может рассматриваться как основной интегральный показатель качества медицинской помощи. Одним из общепризнанных способов получения информации о качестве какой-либо услуги являются инструменты обратной связи с потребителями, к числу которых относятся анкетирование, использование «горячих линий», отзывов в интернет-ресурсах, книгах жалоб и предложений и т. п. [8, 11].

Широкомасштабные исследования удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи впервые стали проводиться в 1950-е годы в США, и в наиболее ранних исследованиях была предпринята попытка на основании социально-демографических и прочих особенностей пациента, таких как возраст, пол, национальная принадлежность и прочее, предсказать степень его удовлетворенности оказанной медицинской помощью. В дальнейшем исследования стали включать в себя не только социально-демографические аспекты, но и анализ широкого спектра атрибутов непосредственно оказания медицинской помощи [10].

В связи с вышеизложенным результаты социологических исследований, направленных на изучение мнения населения об удовлетворенности качеством медицинских услуг могут применяться как чувствительный индикатор восприятия населением преобразований в организации системы здравоохранения, которые происходят в Республике Казахстан в последние годы [24].

Как демонстрируют результаты многочисленных исследований, направленных на изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, во многих случаях неудовлетворенность пациентов связана даже не с недостатком профессиональных знаний медицинского работника (пациент не может об этом знать на момент обращения за медицинской

помощью), а с дефектами организации процесса оказания помощи пациенту [19, 20, 21, 25]. На мнение пациента о качестве оказанной ему медицинской помощи влияет широкий круг факторов, и, по данным ряда исследований, основное значение имеют быстрота получения помощи, понимание и уважение со стороны врача и надлежащие условия оказания медицинской помощи [12, 16, 17, 22, 26].

Как и в других странах постсоветского пространства, в Республике Казахстан в последние десятилетия повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи населению и проводится мониторинг удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь.

Целью данного исследования являлась оценка удовлетворенности качеством медицинской помощи населением г. Алматы Республики Казахстан.

Методы

Данное поперечное исследование [2, 15] было проведено в 2013 году г. Алматы — крупнейшем городе и бывшей столице Республики Казахстан (до 1993 г. имел название Алма-Ата). Несмотря на то, что в 1997 году столица была перенесена в г. Астана, Алматы по настоящее время остается наиболее богатым городом страны, так как жители его имеют наибольший средний доход на душу населения по сравнению с остальными городами Казахстана.

Для участия в исследовании были случайным образом отобраны 1 500 лиц в возрасте от 45 лет и старше, проживающие в Алмалинском районе Алматы. Выбор района для опроса населения был обусловлен его репрезентативностью в отношении возрастной и гендерной структуры всего мегаполиса. Из числа отобранных для опроса лиц участвовать в исследовании согласились 1 199 человек, что составило 80 % от планируемого числа респондентов. Специально обученные интервьюеры посетили респондентов на дому, и те заполнили специализированный опросник, в котором были представлены вопросы относительно социально-демографических характеристик интервьюируемого, особенностей обращения за медицинской помощью в течение последнего года, вредных привычек, самооценки здоровья, отношения к врачам и мнения респондента о качестве медицинской помощи в целом.

В анкете были отражены следующие аспекты: пол, возраст, этническая принадлежность респондента, уровень образования, род занятий, уровень доходов, семейное положение, психологическая обстановка в семье, факт употребления алкоголя в течение последнего года и курения, оценка респондентом своего здоровья, частота обращения за медицинской помощью в течение последнего года и то, каким образом респондент обращался за медицинской помощью, уровень доверия к врачам, удовлетворенность качеством медицинского обслуживания в

течение последнего года. В случае, если респондент не давал ответа на тот или иной вопрос анкеты, для сохранения объема выборки и статистической мощности исследования этот респондент не исключался из анализа, и для данной характеристики создавалась категория «неизвестно».

Следует отметить, что по уровню доходов участники исследования были распределены на несколько категорий: респонденты, у которых средств было недостаточно даже для покупки продуктов питания, были отнесены к категории 1; если средств хватало на покупку продуктов питания, но было недостаточно для покупки одежды, то респонденты были отнесены к категории 2; у респондентов категории 3 было достаточно средств для покупки продуктов и одежды, но их не хватало для более дорогих приобретений; у респондентов категории 4 средств было достаточно для покупки и продуктов, и одежды, и более дорогих приобретений.

Главный изучаемый показатель — оценка респондентом качества медицинской помощи — носила бинарный характер и имела два значения: удовлетворен респондент качеством медицинской помощи или не удовлетворен. Так как 5 респондентов не ответили на вопрос об удовлетворенности качеством медицинской помощи, они были исключены из анализа и окончательный объем выборки составил 1 194 наблюдения.

Для предварительного анализа данных использовался критерий χ^2 Пирсона [3], в результате которого были получены сведения о связи между оценкой качества медицинской помощи и каждой из включенных в анкету характеристик по отдельности.

Для углубленного анализа полученных данных использовался метод бинарной логистической регрессии [1]. Этот метод многомерного анализа применяется для устранения совокупного влияния вмешивающихся факторов, которые потенциально могут влиять на результаты анализа («конфаундеров»), и для учета взаимного влияния всех включенных в анализ факторов, что позволяет оценить их фактическую связь с изучаемой результирующей переменной (в данном случае — с оценкой респондентом качества медицинской помощи). Анкеты, описывающие социально-демографические характеристики респондентов, сведения об обращении за медицинской помощью, вредных привычках, самооценке здоровья и прочем вводились в логистическую регрессионную модель в качестве независимых категориальных переменных.

Количественной мерой оценки влияния различных факторов на удовлетворенность пациентов медицинской помощью в бинарной логистической регрессии является отношение шансов (ОШ) [3]. Нескорректированные значения ОШ рассчитывались в ходе однофакторного регрессионного анализа, который проводился по отдельности для каждой независимой переменной. Скорректированные значения ОШ, учитывающие взаимное влияние изучаемых факторов, рассчитывались в результате многофакторного регрессионного анализа, в который все независимые

переменные вводились в модель одновременно, методом форсированного (одновременного) ввода. В ходе данного анализа оценивались факторы, влияющие на неудовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи.

Расчет значения критерия χ^2 Пирсона и бинарная логистическая регрессия проводились с помощью статистической программы SPSS 23.0 (IBM Corp, USA). Для расчета 95 % доверительного интервала (ДИ) использовался метод Уилсона [3].

Результаты

Распределение изучаемых признаков (факторов, потенциально влияющих на удовлетворенность качеством медицинской помощи) в выборочной совокупности из 1 194 респондентов представлено в табл. 1.

Таблица 1
Характеристика выборки респондентов и оценка удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в течение последнего года

Показатель	N (%)
Всего	1194 (100)
Пол	
Мужчины	503 (42,1)
Женщины	691 (57,9)
Возрастная категория	
45–54 года	412 (34,5)
55–64 года	345 (28,9)
65–74 года	269 (22,5)
75 лет и старше	158 (13,2)
Неизвестно	10 (0,8)
Этническая принадлежность	
Казахи	396 (33,2)
Русские	643 (53,9)
Другое/неизвестно	155 (13,0)
Образование	
Среднее или ниже	346 (29,0)
Среднее специальное	281 (23,5)
Высшее	567 (47,5)
Род занятий	
Рабочие	259 (21,7)
Служащие	142 (11,9)
Безработные	143 (12,0)
Пенсионеры	566 (47,4)
Другое/неизвестно	84 (7,0)
Семейное положение	
Состоит в браке	828 (69,3)
Не состоит в браке	132 (11,1)
Другое/неизвестно	234 (19,6)
Уровень доходов	
Категория 1	162 (13,6)
Категория 2	217 (18,2)

Продолжение таблицы 1

Показатель	N (%)
Категория 3	285 (23,9)
Категория 4	292 (24,5)
Другое/неизвестно	238 (19,9)
Психологическая обстановка в семье	
Удовлетворительная или плохая	114 (9,5)
Хорошая	939 (78,6)
Очень хорошая	141 (11,8)
Употребление алкоголя в течение последнего года	
Не употреблял	797 (66,8)
Употреблял	397 (33,2)
Курение	
Не курит	927 (77,6)
Курит	267 (22,4)
Самооценка здоровья	
Плохое	141 (11,8)
Удовлетворительное	643 (53,9)
Хорошее или отличное	410 (34,3)
Частота обращений за медицинской помощью за последний год	
От одного до нескольких раз в квартал	454 (38,0)
Один раз за полгода	242 (20,3)
Один раз в год	300 (25,1)
Не обращался	180 (15,1)
Другое/неизвестно	18 (1,5)
Каким образом респондент обычно обращается за медицинской помощью	
В поликлинику по месту жительства	653 (54,7)
В больницу	112 (9,4)
В частную клинику	219 (18,3)
Вызывает бригаду скорой помощи	161 (13,5)
Другое/неизвестно	49 (4,1)
Отношение респондента к врачам	
Доверяет	557 (46,6)
Не доверяет	242 (20,3)
Другое/неизвестно	395 (33,1)
Удовлетворенность качеством медицинского обслуживания в течение последнего года	
Удовлетворен	529 (44,3)
Не удовлетворен	665 (55,7)

В исследование включались лица старше 45 лет, и медиана возраста участников исследования составила 59 лет (нижний квартиль — 51 год, верхний квартиль — 69 лет). Среди респондентов преобладали женщины (58 %), по этнической принадлежности большую часть выборки составили русские — 54 %, в то время как казахи — 33 %. По уровню образования у большинства респондентов было высшее образование, при этом почти половина участников относилась к категории пенсионеров. На момент заполнения анкеты 70 % респондентов состояли в браке, 13 %

участников оценили уровень своих доходов как недостаточный даже для покупки продуктов питания, 90 % респондентов оценивали обстановку в своей семье как хорошую и очень хорошую, 67 % участников не употребляли алкоголь в течение последнего года и 78 % были некурящими. Как плохое свое здоровье расценивали только 12 % респондентов, как удовлетворительное — 54 %. Подавляющее большинство участников исследования (83 %) в течение последнего года обращались за медицинской помощью как минимум один раз, причем 38 % обращались к врачам от одного до нескольких раз в квартал, и в половине случаев респонденты обращались в поликлиники по месту жительства. Почти половина общего числа участников исследования отметили, что они доверяют врачам, однозначно о недоверии к врачам заявили 20 % респондентов, а треть участников затруднилась ответить на данный вопрос.

В пользу удовлетворенности медицинской помощью высказались менее половины участников исследования, а не удовлетворенными качеством медицинской помощи были 55,7 % (95 % ДИ 52,9; 58,5) респондентов.

В результате предварительного анализа с использованием критерия χ^2 Пирсона было выявлено, что оценка участниками исследования качества медицинской помощи была статистически связана с уровнем образования, уровнем материального благополучия, психологической обстановкой в семье, самооценкой здоровья и степенью доверия к врачам (табл. 2).

Таблица 2

Оценка связи между социально-демографическими и медицинскими особенностями респондентов и удовлетворенностью качеством медицинского обслуживания в течение последнего года

Показатель	N (%)		P
	Не удовлетворены качеством медицинской помощи	Удовлетворены качеством медицинской помощи	
Пол			0,121
Мужчины	267 (40,2)	236 (44,6)	
Женщины	398 (59,8)	293 (55,4)	
Возрастная категория			0,065
45–54 года	214 (32,2)	198 (37,4)	
55–64 года	200 (30,1)	145 (27,4)	
65–74 года	157 (23,6)	112 (21,2)	
75 лет и старше	85 (12,8)	73 (13,8)	
Неизвестно	9 (1,4)	1 (0,2)	
Этническая принадлежность			0,354
Казахи	210 (31,6)	186 (35,2)	
Русские	370 (55,8)	273 (51,6)	
Другое/неизвестно	85 (12,8)	70 (13,2)	
Образование			0,014
Среднее или ниже	215 (32,3)	131 (24,8)	

Продолжение таблицы 2

Показатель	N (%)		p
	Не удовлетворены качеством медицинской помощи	Удовлетворены качеством медицинской помощи	
Среднее специальное	145 (21,8)	136 (25,7)	
Высшее	305 (45,9)	262 (49,5)	
Род занятий			0,128
Рабочие	132 (19,8)	127 (24,0)	
Служащие	74 (11,1)	68 (12,9)	
Безработные	82 (12,3)	61 (11,5)	
Пенсионеры	335 (50,4)	231 (43,7)	
Другое/неизвестно	42 (6,3)	42 (7,9)	
Семейное положение			0,270
Состоит в браке	457 (68,7)	371 (70,1)	
Не состоит в браке	82 (12,3)	50 (9,5)	
Другое/неизвестно	126 (18,9)	108 (20,4)	
Уровень доходов			<0,001
Категория 1	103 (15,5)	59 (11,2)	
Категория 2	147 (22,1)	70 (13,2)	
Категория 3	148 (22,3)	137 (25,9)	
Категория 4	159 (23,9)	133 (25,1)	
Другое/неизвестно	108 (16,2)	130 (24,6)	
Психологическая обстановка в семье			0,003
Удовлетворительная или плохая	75 (11,3)	39 (7,4)	
Хорошая	527 (79,2)	412 (77,9)	
Очень хорошая	63 (9,5)	78 (14,7)	
Употребление алкоголя в течение последнего года			0,701
Не употреблял	447 (67,2)	350 (66,2)	
Употреблял	218 (32,8)	179 (33,8)	
Курение			0,645
Не курит	513 (77,1)	414 (78,3)	
Курит	152 (22,9)	115 (21,7)	
Самооценка здоровья			<0,001
Плохое	100 (15,0)	41 (7,8)	
Удовлетворительное	382 (57,4)	261 (49,3)	
Хорошее или отличное	183 (27,6)	227 (42,9)	
Частота обращений за медицинской помощью за последний год			0,287
От одного до нескольких раз в квартал	246 (37,0)	208 (39,3)	
Один раз за полгода	124 (18,6)	118 (22,3)	
Один раз в год	178 (26,8)	122 (23,1)	
Не обращался	107 (16,1)	73 (13,8)	
Другое/неизвестно	10 (1,5)	8 (1,5)	
Каким образом респондент обычно обращается за медицинской помощью			0,064
В поликлинику по месту жительства	355 (53,4)	298 (54,7)	

Продолжение таблицы 2

Показатель	N (%)		p
	Не удовлетворены качеством медицинской помощи	Удовлетворены качеством медицинской помощи	
В больницу	61 (9,2)	51 (9,6)	
В частную клинику	137 (20,6)	82 (15,5)	
Вызывает бригаду скорой помощи	80 (12,0)	81 (15,3)	
Другое/неизвестно	32 (4,8)	17 (3,2)	
Отношение респондента к врачам			<0,001
Доверяет	169 (25,4)	388 (73,3)	
Не доверяет	214 (32,2)	28 (5,3)	
Другое/неизвестно	282 (42,4)	113 (21,4)	

Многомерный анализ данных, учитывающий совокупное и взаимовлияние всех изучаемых в исследовании факторов, нивелировал влияние фактора психологической обстановки в семье и позволил выявить следующие статистически значимые закономерности (табл. 3): респонденты с уровнем образования ниже, чем высшее, были в 1,6 раза менее склонны оценивать качество медицинской помощи как неудовлетворительное по сравнению с лицами с высшим образованием; респонденты с уровнем дохода, позволяющим покупать только продукты питания, были в 2 раза более склонны оценивать качество медицинской помощи как неудовлетворительное по сравнению с лицами без существенных материальных проблем; при оценке своего здоровья как удовлетворительное участники исследования были в 1,7 раза более склонны оценивать качество помощи как неудовлетворительное по сравнению с респондентами с хорошим или отличным здоровьем и в 2,9 раза при расценивании своего здоровья как плохое; недоверие к врачам повышало шансы негативной оценки медицинской помощи в 19 раз, а сомнения в отношении доверия к врачам — в 7 раз по сравнению с ситуацией, когда респондент относился к врачам с доверием.

Таблица 3

Результаты бинарного логистического регрессионного анализа неудовлетворенности респондентов качеством медицинской помощи

Показатель	Нескорректированные значения		Скорректированные значения	
	ОШ (95% ДИ)	p	ОШ (95% ДИ)	p
Пол		0,121		0,733
Мужчины	0,83 (0,66; 1,05)		1,06 (0,77; 1,46)	
Женщины	Референтная		Референтная	
Возрастная категория		0,109		0,040
45–54 года	Референтная		Референтная	
55–64 года	1,28 (0,96; 1,70)		1,19 (0,81; 1,75)	

Продолжение таблицы 3

Показатель	Нескорректированные значения		Скорректированные значения	
	ОШ (95% ДИ)	p	ОШ (95% ДИ)	p
65–74 года	1,30 (0,95; 1,77)		0,81 (0,47; 1,39)	
75 лет и старше	1,08 (0,75; 1,56)		0,61 (0,32; 1,13)	
Неизвестно	8,33 (1,05; 66,3)		8,34 (0,95; 73,43)	
Этническая принадлежность		0,335		0,410
Казахи	Референтная		Референтная	
Русские	1,20 (0,93; 1,54)		1,25 (0,90; 1,74)	
Другое/неизвестно	1,08 (0,74; 1,56)		1,14 (0,71; 1,83)	
Образование		0,014		0,018
Среднее или ниже	1,41 (1,07; 1,85)		0,97 (0,67; 1,40)	
Среднее специальное	0,92 (0,69; 1,22)		0,61 (0,43; 0,88)	
Высшее	Референтная		Референтная	
Род занятий		0,129		0,748
Рабочие	Референтная		Референтная	
Служащие	1,05 (0,70; 1,58)		0,85 (0,51; 1,43)	
Безработные	1,29 (0,86; 1,95)		0,95 (0,57; 1,60)	
Пенсионеры	1,40 (1,04; 1,88)		1,18 (0,72; 1,95)	
Другое/неизвестно	0,96 (0,59; 1,57)		0,80 (0,44; 1,46)	
Семейное положение		0,272		0,783
Состоит в браке	Референтная		Референтная	
Не состоит в браке	1,33 (0,91; 1,94)		1,04 (0,64; 1,67)	
Другое/неизвестно	0,95 (0,71; 1,27)		0,88 (0,59; 1,31)	
Уровень доходов		<0,001		0,001
Категория 1	1,46 (0,98; 2,17)		1,20 (0,71; 2,00)	
Категория 2	1,76 (1,22; 2,53)		1,98 (1,24; 3,15)	
Категория 3	0,90 (0,65; 1,25)		0,95 (0,63; 1,42)	
Категория 4	Референтная		Референтная	
Другое/неизвестно	0,70 (0,49; 0,98)		0,67 (0,43; 1,05)	
Психологическая обстановка в семье		0,003		0,549
Удовлетворительная или плохая	2,38 (1,43; 3,96)		1,37 (0,72; 2,62)	
Хорошая	1,58 (1,11; 2,26)		1,25 (0,81; 1,95)	
Очень хорошая	Референтная		Референтная	
Употребление алкоголя в течение последнего года		0,701		0,923

Продолжение таблицы 3

Показатель	Нескорректированные значения		Скорректированные значения	
	ОШ (95% ДИ)	p	ОШ (95% ДИ)	p
Не употреблял	Референтная		Референтная	
Употреблял	0,95 (0,75; 1,22)		1,02 (0,72; 1,43)	
Курение		0,645		0,729
Не курит	Референтная		Референтная	
Курит	1,07 (0,81; 1,40)		0,93 (0,63; 1,38)	
Самооценка здоровья		<0,001		<0,001
Плохое	3,03 (1,00; 4,57)		2,88 (1,62; 5,10)	
Удовлетворительное	1,82 (1,41; 2,33)		1,70 (1,22; 2,37)	
Хорошее или отличное	Референтная		Референтная	
Частота обращений за медицинской помощью за последний год		0,288		0,840
От одного до нескольких раз в квартал	Референтная		Референтная	
Один раз за полгода	0,89 (0,65; 1,21)		1,04 (0,70; 1,53)	
Один раз в год	1,23 (0,92; 1,66)		1,15 (0,78; 1,70)	
Не обращался	1,24 (0,87; 1,76)		0,87 (0,55; 1,39)	
Другое/неизвестно	1,06 (0,41; 2,73)		0,90 (0,28; 2,95)	
Каким образом респондент обычно обращается за медицинской помощью		0,065		0,218
В поликлинику по месту жительства	Референтная		Референтная	
В больницу	1,00 (0,67; 1,50)		0,73 (0,44; 1,22)	
В частную клинику	1,40 (1,03; 1,92)		1,41 (0,96; 2,07)	
Вызывает бригаду скорой помощи	0,83 (0,59; 1,17)		0,95 (0,61; 1,48)	
Другое/неизвестно	1,58 (0,86; 2,90)		1,18 (0,56; 2,50)	
Отношение респондента к врачам		<0,001		<0,001
Доверяет	Референтная		Референтная	
Не доверяет	17,38 (11,38; 27,06)		19,15 (12,07; 30,40)	
Другое/неизвестно	5,73 (4,32; 7,61)		7,02 (5,12; 9,63)	

Обсуждение результатов

Ключевой особенностью данного исследования является то, что его участниками являлись не пациенты, поступившие на лечение в лечебно-профилактические организации города, а лица, на момент опроса не пребывающие в медицинском учреждении, что в определенной степени нивелировало влияние

обстановки медицинского учреждения и ухудшения состояния здоровья на субъективную оценку качества медицинской помощи и потенциально создавало условия для взвешенных и продуманных оценок качества медицинской помощи.

Основным результатом проведенного исследования стало обнаружение того, что 55,7 % (95 % ДИ 52,9; 58,5) участников исследования оказались не удовлетворенными качеством медицинской помощи.

Наиболее значимым фактором, склоняющим участников исследования негативно отзываться о медицинской помощи, было недоверие к врачам, причем частичное и полное отсутствие доверия приводило к повышению шансов получить от респондента негативную оценку качества медицинской помощи в среднем в 7 и 19 раз соответственно по сравнению с ситуацией, когда респондент указывал на то, что он врачам доверяет.

Закономерным наблюдением оказалось то, что лица с плохой и удовлетворительной самооценкой здоровья были склонны оценивать качество медицинской помощи ниже, чем лица с хорошим и отличным здоровьем. Действительно, если человек оценивает свое здоровье как плохое, то для этого в большинстве случаев имеются объективные причины — имеющиеся заболевания, и чем тяжелее протекает заболевание или коморбидная патология, тем больше требуется лечебно-профилактических мероприятий, и соответственно тем выше шансы того, что они окажутся недостаточными, в том числе и с субъективной точки зрения пациента. При этом лица с высшим образованием закономерно являются более требовательными к оказываемым им услугам, в том числе медицинским, и этим, вероятно, объясняется склонность участников исследования со средним специальным образованием более высоко оценивать качество оказанной им медицинской помощи.

Следует также обратить внимание на выявленную связь между уровнем доходов респондентов и оценкой ими качества медицинской помощи: лица с доходами, достаточными для приобретения только лишь продуктов питания, более негативно расценивали качество медицинской помощи по сравнению с респондентами с относительно высоким уровнем дохода, но при этом в отношении респондентов, относящихся к малоимущим слоям населения, такой закономерности выявлено не было (вероятно, лицами из социальной категории малоимущих любая оказанная им медицинская помощь расценивалась как приемлемая по качеству).

В Республике Казахстан изучению вопросов оценки населением качества медицинской помощи, как важному аспекту общественного здравоохранения, в последние годы уделяется все больше внимание [5, 12], в том числе из-за проводимого в стране комплекса реформ системы здравоохранения. Например, в 2013 году были опубликованы результаты изучения мнения о качестве медицинской помощи 400 пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Семей, более 90 % которых высказались в

пользу удовлетворенности различными аспектами медицинской помощи, однако данное исследование, в отличие от нашего, проводилось в лечебных учреждениях и затрагивало только лиц, непосредственно туда обратившихся [5].

Большой интерес также представляет сравнение результатов данного исследования с результатами исследований в других странах, в первую очередь в Российской Федерации.

Так, в результате социологического исследования, проведенного в одном из городов Оренбургской области, данные которого были опубликованы в 2012 году, в результате опроса 523 городских жителей было выявлено, что только 41 % из числа опрошенных были удовлетворены качеством стационарной помощи, 56 % — качеством амбулаторной помощи и 42 % — качеством работы скорой медицинской помощи, что в целом согласуется с данными нашего исследования [9].

В результате социологического исследования, проведенного в ряде регионов Дальнего Востока России и включившего в себя 3 370 респондентов было выяснено, что только 19 % участников исследования указали, что могут получить медицинскую помощь высокого уровня, в то время как 23 % опрошенных считали, что получить качественную медицинскую помощь не представляется возможным, и 32 % указали, что не всегда оправдывались их ожидания при обращении за медицинской помощью [7].

В результате исследования, проведенного в Северо-Кавказском федеральном округе России, по результатам опроса 600 респондентов было обнаружено, что качеством предоставляемых медицинских услуг были довольны всего 26 % респондентов [4].

Таким образом, оценка населением качества медицинской помощи по результатам социологических исследований варьирует и зависит от региона проживания, от того, собираются ли данные в лечебно-профилактическом учреждении или в ином месте, и, что самое главное, от методологии оценки качества медицинской помощи, представленной в анкете, заполняемой респондентами.

В нашем исследовании из числа выявленных факторов, статистически значимо связанных с негативной оценкой участником исследования качества медицинской помощи, наиболее важным и одновременно единственным модифицируемым фактором является степень доверия респондента к врачам.

Вместе с тем данный фактор, по сути, является совокупной оценкой пациентом своего опыта общения с врачами, и это мнение имеет определенную ригидность и не может быстро изменяться под влиянием обстоятельств или новых поступающих сведений, например, из средств массовой информации. При этом следует отметить, что 83 % участников данного исследования в течение последнего года обращались за медицинской помощью не менее одного раза, поэтому их степень доверия к врачам с большой долей вероятности основана преимущественно на их

личном опыте. Именно поэтому организационными мерами на уровне общественного здравоохранения, направленными на повышение доверия населения к врачам, в первую очередь должны быть те, которые направлены на повышение эффективности лечебных мероприятий на индивидуальном уровне, то есть на развитие персонифицированной медицины, в то время как использование для этой цели, например, средств массовой информации, скорее всего, даст минимальный результат.

Рассматривая проведенное исследование, необходимо выделить его преимущества, к числу которых относятся большой объем и репрезентативность выборки, а также использование при анкетировании широкого спектра вопросов, затрагивающих различные социально-демографические аспекты и информацию об обращении респондента за медицинской помощью. Важным моментом планирования исследования был выбор нижней возрастной границы для участников анкетирования (45 лет и старше), так как лица данной возрастной категории, как правило, уже имеют какие-либо заболевания и опыт обращения в стационары и другие лечебно-профилактические организации. К ограничениям исследования можно отнести то, что в процессе анкетирования респондентов были рассмотрены только основные факторы, потенциально оказывающие влияние на оценку участником исследования качества медицинской помощи. Возможным ограничением анкетирования населения является и то, что пациенты, в подавляющем большинстве случаев не обладая специальными знаниями, не могут дать объективной оценки профессиональной деятельности медицинских работников, и субъективный компонент оценки складывается под воздействием личных представлений, предпочтений и ожиданий, однако этот недостаток характерен для всех социологических исследований такого рода.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что большая часть включенных в исследование жителей г. Алматы не удовлетворена качеством оказанной медицинской помощи, и данное явление в первую очередь связано с недоверием населения к врачам. Следует отметить, что результаты проведенного исследования могут в дальнейшем послужить отправной точкой для изучения и мнения населения г. Алматы о качестве медицинской помощи, и мнения о степени доверия к врачам. Серия подобных широкомасштабных опросов населения может быть организована как панельное исследование [14] и послужить эффективным инструментом динамической оценки эффективности проводимых в Казахстане реформ системы здравоохранения.

Список литературы

1. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: пер. с нем. СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. 608 с.
2. Гржибовский А. М., Иванов С. В. Поперечные (одно-

моментные) исследования в здравоохранении // Наука и здравоохранение. 2015. № 2. С. 5–18.

3. Гржибовский А. М., Иванов С. В., Горбатова М. А. Анализ номинальных и ранговых переменных данных с использованием программного обеспечения Statistica и SPSS // Наука и здравоохранение. 2016. № 6. С. 5–39.

4. Дзуцев Х. В., Хугаева А. А. Качество медицинской помощи в Республике Северная Осетия – Алания // Социология медицины. 2013. № 1 (22). С. 26–30.

5. Исакова А. М., Горемыкина М. В. Результаты социологического исследования мнения населения города Семей о качестве и доступности предоставления медицинской помощи // Наука и здравоохранение. 2013. № 1. С. 8–9.

6. Карпова О. В., Татарников М. А., Марочкина Е. Б. Социологические исследования в системе управления качеством медицинской помощи // Социология медицины. 2013. № 1. С. 11–15.

7. Кирик Ю. В. Проблемы доступности и качества медицинских услуг на Дальнем Востоке России по данным социологических опросов населения // Дальневосточный медицинский журнал. 2016. № 2. С. 103–108.

8. Матицын Н. О., Богачанская Н. Н., Слюсарь И. В., Аверченко Е. А., Баранов А. И., Казакова А. А. Анализ факторов, определяющих качество медицинской помощи: использование социологического опроса врачей // Социология медицины. 2014. № 2. С. 37–42.

9. Редюков А. В. Изучение мнения населения по удовлетворенности качеством медицинской помощи муниципального городского округа // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2012. № 4. С. 122–124.

10. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2. (21). С. 4–10.

11. Салахутдинова И. С. Социологический опрос как один из методов повышения качества организации медицинской помощи // Общество: социология, психология, педагогика. 2016. № 11. С. 24–28.

12. Тажибаева К. Н., Булешов М. А., Булешова А. М., Жанабаев Н. С., Булешов Д. М., Иванов С. В., Гржибовский А. М. Оценка качества медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических учреждениях Южно-Казахстанской области Республики Казахстан // Экология человека. 2017. № 3. С. 49–55.

13. Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения // Медицинские новости. 2011. № 11. С. 31–38.

14. Холматова К. К., Гржибовский А. М. Панельные исследования и исследования тренда в медицине и общественном здравоохранении // Экология человека. 2016. № 10. С. 57–64.

15. Холматова К. К., Харьковская О. А., Гржибовский А. М. Классификация научных исследований в здравоохранении // Экология человека. 2016. № 1. С. 57–64.

16. Anderson R. T., Camacho F. T., Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care // BMC Health Services Research. 2007. N 7. P. 1–5.

17. Billing K., Newland H., Selva D. Improving patient satisfaction through information provision // Clinical and experimental ophthalmology. 2007. N 35 (5). P. 439–447.

18. Blomhøj G. et al. Continuous quality development : a proposed national policy: a collaborative project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.

19. Jangland E., Gunningberg L., Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement // *Patient Education and counseling*. 2009. N 75 (2). P. 199–204.

20. Lachter J., Raldow A., Molin N. Optimizing your reception area // *The journal of medical practice management*. 2012. N 28 (1). P. 58–63.

21. LaVela S. L., Gering J., Schectman G., Weaver F. M. Optimizing primary care telephone access and patient satisfaction // *Evaluation and the health professions*. 2012. N 35 (1). P. 77–86.

22. McMullen M., Netland P. A. Wait time as a driver of overall patient satisfaction in an ophthalmology clinic // *Clinical Ophthalmology*. 2013. N 7. P. 1655–1660.

23. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality // *International journal of health care quality assurance*. 2009. N 22 (4). P. 366–381.

24. Nissanholtz-Gannot R., Rosen B. The Quality Monitoring Study Group. Monitoring quality in Israeli primary care: The primary care physicians' perspective // *Israel Journal of Health Policy Research*. 2012. N 1. P. 26.

25. Pitrou I., Lecourt A. C., Bailly L., Brousse B., Dauchet L., Ladner J. Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study, France // *European journal of emergency medicine*. 2009. N 16 (4). P. 77–82.

26. Zopf D., Joseph A. W., Thorne M. C. Patient and family satisfaction in a pediatric otolaryngology clinic // *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2012. N 76 (9). P. 1339–1342.

References

1. Byuyul' A., Tsel' P. SPSS: the art of information processing. Analysis of statistical data and restoration of hidden patterns, per. s nem. Saint Petersburg, 2005, 608 p. [in Russian]

2. Grjibovski A. M., Ivanov S. V. Cross-sectional studies in health sciences. *Nauka i zdravooohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 2, pp. 5-18. [in Russian]

3. Grjibovski A. M., Ivanov S. V., Gorbatova M. A. Analysis of nominal and ordinal data using Statistica and SPSS software. *Nauka i zdravooohranenie*. 2016, 6, pp. 5-39. [in Russian]

4. Dzutsev Kh. V., Khugaeva A. A. The quality of healthcare in Severnaya Osetiya-Alaniya Republic. *Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of medicine]. 2013, 1 (22), pp. 26-30. [in Russian]

5. Iskakova A. M., Goremykina M. V. The results of a sociological study of the Semey city population's opinion on the quality and accessibility of the provision of medical care. *Nauka i zdravooohranenie*. 2013, 1, pp. 8-9. [in Russian]

6. Karpova O. V., Tatarnikov M. A., Marochkina E. B. Sociological research in the quality management system of medical care. *Sotsiologiya meditsiny*. 2013, 1, pp. 11-15. [in Russian]

7. Kirik Yu. V. The problems of accessibility and quality of medical services in the Far East of Russia according to sociological surveys of the population. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2016, 2, pp. 103-108. [in Russian]

8. Matitsyn N. O., Bogachanskaya N. N., Slyusar' I. V., Averchenko E. A., Baranov A. I., Kazakova A. A. Analysis of factors determining the quality of care: using of doctors' survey. *Sotsiologiya meditsiny*. 2014, 2, pp. 37-42. [in Russian]

9. Redyukov A. V. A study of the population's opinion on satisfaction with the quality of medical care in the

municipal urban district. *Byulleten nacionalnogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorovya aimeni N. A. Semashko*. 2012, 4, pp. 122-124. [in Russian]

10. Reshetnikov A. V. The evolution of medicine sociology. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012, 2 (21), pp. 4-10. [in Russian]

11. Salakhutdinova I. S. A sociological survey as one of the methods to improve the quality of the medical care organization. *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika*. 2016, 11, pp. 24-28. [in Russian]

12. Tazhibayeva K. N., Buleshov M. A., Buleshova A. M., Zhanabayev N. S., Buleshov D. M., Ivanov S. V., Grjibovski A. M. Quality of Outpatient Medical Services in Outpatient Facilities Received by Oncological Patients in Southern Kazakhstan. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2017, 3, pp. 49-55. [in Russian]

13. Fomenko A. G. Patients' satisfaction with the quality of medical care and their expectations regarding the prospects for health development. *Meditsinskie novosti*. 2011, 11, pp. 31-38. [in Russian]

14. Kholmatova K. K., Grjibovski A. M. Panel- and Trend Studies in Medicine and Public Health. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016, 10, pp. 57-64. [in Russian]

15. Kholmatova K. K., Kharkova O. A., Grjibovski A. M. Types of Research in Health Sciences. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016, 1, pp. 57-64. [in Russian]

16. Anderson R. T., Camacho F. T., Balkrishnan R. *BMC Health Services Research*. 2007, 7, pp. 1-5.

17. Billing K., Newland H., Selva D. *Clinical and experimental ophthalmology*. 2007, 35 (5), pp. 439-447.

18. Blomhoj G. et al. Continuous quality development: a proposed national policy: a collaborative project. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.

19. Jangland E., Gunningberg L., Carlsson M. *Patient Education and counseling*. 2009, 75 (2), pp. 199-204.

20. Lachter J., Raldow A., Molin N. *The journal of medical practice management*. 2012, 28 (1), pp. 58-63.

21. LaVela S. L., Gering J., Schectman G., Weaver F. M. *Evaluation and the health professions*. 2012, 35 (1), pp. 77-86.

22. McMullen M., Netland P. A. *Clinical Ophthalmology*. 2013, 7, pp. 1655-1660.

23. Naidu A. *International journal of health care quality assurance*. 2009, 22 (4), pp. 366-381.

24. Nissanholtz-Gannot R., *Israel Journal of Health Policy Research*. 2012, 1, p. 26.

25. Pitrou I., Lecourt A. C., Bailly L., Brousse B., Dauchet L., Ladner J. *European journal of emergency medicine*. 2009, 16 (4), pp. 77-82.

26. Zopf D., Joseph A. W., Thorne M. C. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2012, 76 (9), pp. 1339-1342.

Контактная информация:

Гржибовский Андрей Мечиславович — доктор медицины, старший советник Национального института общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия; заведующий ЦНИЛ Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск, Россия; профессор Северо-Восточного федерального университета, г. Якутск, Россия; почетный доктор Международного казахско-турецкого университета, г. Туркестан, Казахстан; почетный профессор Государственного медицинского университета г. Семей, Казахстан

Adresse: INFA, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo, Norway.

E-mail: Andrej.Grijbovski@gmail.com