

УДК [614.2+616–082.4](574)

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

© 2017 г. ¹А. А. Аканов, ¹К. А. Тулебаев, ¹К. К. Куракбаев, ¹К. Б. Карибаев, ²С. В. Иванов,
³⁻⁶А. М. Гржибовский

¹Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова; ²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург;

³Национальный институт общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия; ⁴Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск; ⁵Северо-Восточный федеральный университет, г. Якутск

В ходе поперечного исследования была изучена удовлетворенность качеством стационарной медицинской помощи пациентов стационаров городов Алматы, Семей и Актобе (Казахстан). В исследование включены случайно отобранные 923 пациента, из которых 63 % поступили в экстренном порядке. Для анализа данных была использована бинарная логистическая регрессия и анализ главных компонент. В ходе регрессионного анализа расчет отношений шансов (ОШ) проводился с коррекцией на социально-демографические факторы. Выявлено, что хорошую и отличную оценку качеству оказанной помощи дали 82,9 % (95 % ДИ 80,3; 85,2) пациентов стационара. Для пациентов, поступивших в стационар в экстренном порядке, ключевыми факторами, связанными с неудовлетворенностью качеством медицинских услуг, являлись недостаточное качество больничного питания (ОШ 4,2; 95 % ДИ 1,7; 10,4), недостаточное взаимодействие врача и среднего медперсонала (ОШ 6,3; 95 % ДИ 2,3; 17,3) и отсутствие достаточных объяснений врача относительно новых назначений (ОШ 3,8; 95 % ДИ 1,5; 9,6). Пациенты, поступившие в плановом порядке, были не удовлетворены качеством услуг при недостаточном качестве больничного питания (ОШ 2,3; 95 % ДИ 1,2; 4,6), недостаточном взаимодействии врача и среднего медперсонала (ОШ 6,3; 95 % ДИ 2,9; 13,5), а также если врач не придавал значения тому, понял ли пациент полученную информацию о своем состоянии и лечении (ОШ 2,4; 95 % ДИ 1,0; 5,2), если пациент не имел возможности обсудить свое состояние с медперсоналом (ОШ 2,7; 95 % ДИ 1,2; 5,8) и если родственникам пациента не была предоставлена возможность пообщаться с врачом (ОШ 4,3; 95 % ДИ 1,7; 11,0) или такая возможность была ограничена (ОШ 4,8; 95 % ДИ 1,9; 12,2).

Ключевые слова: качество медицинской помощи, стационар, поперечное исследование, Казахстан

PATIENTS' ASSESSMENT OF IN-PATIENT MEDICAL CARE QUALITY IN KAZAKHSTAN

¹A. A. Akanov, ¹K. A. Tulebayev, ¹K. K. Kurakbayev, ¹K. B. Karibayev, ²S. V. Ivanov,
³⁻⁵A. M. Grjibovski

¹Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan; ²First St. Petersburg State Medical University
n. a. I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia; ³Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway;

⁴Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ⁵North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia

In this cross-sectional study we assessed self-perceived quality of inpatient healthcare in three Kazakhstani cities. Altogether, 923 patients admitted to the city hospitals in Almaty, Aktobe and Semey filled out an anonymous questionnaire. 63 % of them were emergency patients. Binary logistic regression and principal component analysis (PCA) were used. Adjustments for social and demographic patients' characteristics were made. Altogether, 82.9 % (95 % CI 80.3-85.2) of patients rated the quality of healthcare as good or excellent. Among emergency patients, the key factors for being unsatisfied by the quality of services were insufficient quality of hospital food (OR 4.2; 95 % CI 1.70, 10.4), poor communication between doctors and nurses (OR 6.3; 95 % CI 2.3; 17.3) and the lack of adequate explanations regarding procedures and medication (OR 3.8; 95 % CI 1.5, 9.6). Among non-emergency patients, the key factors for being unsatisfied by the quality of services were insufficient quality of hospital food (OR 2.3; 95 % CI 1.2, 4.6), poor communication between doctors and nurses (OR 6.3; 95 % CI 2.9, 13.5), situation if the physician did not pay attention to whether a patient understood information about his/her condition or treatment (OR 2.4; 95 % CI 1.0, 5.2), when the patient has not had the opportunity to discuss his/her condition with medical staff (OR 2.7; 95 % CI 1.2, 5.8), if the patient's relatives was not given a possibility to communicate with a doctor (OR 4.3; 95 % CI 1.7, 11.0), or such this possibility was limited (OR 4.8; 95 % CI 1.9; 12.2).

Keywords: quality of medical care, hospital, cross-sectional study, Kazakhstan

Библиографическая ссылка:

Аканов А. А., Тулебаев К. А., Куракбаев К. К., Карибаев К. Б., Иванов С. В., Гржибовский А. М. Оценка пациентами качества стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан // Экология человека. 2017. № 8. С. 44–56.

Akanov A. A., Tulebayev K. A., Kurakbayev K. K., Karibayev K. B., Ivanov S. V., Grjibovski A. M. Patients' Assessment of In-Patient Medical Care Quality in Kazakhstan. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2017, 8, pp. 44-56.

Качество медицинской помощи является одним из важнейших вопросов современного общественного здравоохранения и его развития. В последние годы вопросам оценки качества оказания медицинской помощи уделяется все большее внимание как во всем

мире, так и в странах постсоветского пространства [14]. Данный факт связан с тем, что для эффективной деятельности лечебно-профилактической организации любого типа необходимо понимание нужд пациента как потребителя медицинских услуг, а также степени

его удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи [3].

Трудности в решении данной задачи создает тот факт, что понятие «качество медицинской помощи» является неоднозначным. Так, по мнению А. Л. Линденбрата [11], данная характеристика отражает степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения профессиональных стандартов. По определению А. И. Вялкова и соавт. [5], качество медицинской помощи представляет собой результат деятельности, направленной на создание таких условий медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством (медицинской организацией) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями, а также с учетом удовлетворенности населения медицинской помощью.

Действительно, одним из принципов менеджмента качества является ориентация на потребителя услуг, и руководство лечебно-профилактических организаций в данном аспекте выступает гарантом того, что запросы и ожидания пациентов в той или иной степени будут удовлетворены [3]. В этой связи эффективным инструментом для оценки степени удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг может служить анкетирование с выяснением удовлетворенности различными аспектами оказанной помощи [3, 6].

В географическом и политическом пространстве бывшего СССР сформированные независимые государства унаследовали систему здравоохранения с доминирующим влиянием стационаров, которые создавались по административному принципу и с учетом однородной специализации [1]. Как и в других странах постсоветского пространства, в Казахстане существуют особенности системы здравоохранения, и государству приходится сталкиваться с различными проблемами обеспечения качества медицинской помощи [12]. Руководство страны уделяет большое внимание состоянию здоровья населения и стимулирует преобразования, направленные на оптимизацию и совершенствование различных аспектов общественного здравоохранения. В государственных программах ключевая роль отводится деятельности лечебно-профилактических организаций, в связи с чем особое значение приобретают вопросы оказания медицинской помощи населению и ее качества. В том числе и по этой причине в последние годы в Казахстане изучению вопросов качества оказания медицинской помощи населению уделяется все большее внимание [12, 10, 15].

Таким образом, изучение вопроса удовлетворенности пациентов стационаров качеством оказанной медицинской помощи является эффективным инструментом совершенствования процессов обеспечения медицинской помощи населению, так как позволяет получить «обратную связь» от потребителя медицинских услуг, на основании полученных данных станет возможным принятие взвешенных решений в области

обеспечения населения стационарной медицинской помощью. Вопрос напрямую связан с развитием пациенториентированных технологий в здравоохранении Казахстана — комплексного ведения пациента, учитывающего его потребности в сохранении и поддержании здоровья, обеспечения возможного уровня качества жизни, а также привлечения пациента к сотрудничеству, при котором он переводится в позицию активного участника лечебного процесса.

Целью настоящего исследования являлась комплексная оценка удовлетворенности населения Республики Казахстан качеством стационарной медицинской помощи.

Методы

С помощью анонимного анкетирования пациентов проведено поперечное исследование [8, 16, 17], направленное на оценку удовлетворенности качеством стационарной медицинской помощи, оказанной в городских больницах Республики Казахстан.

Для сбора исследовательской информации использовалась анкета, которая включала вопросы, касающиеся оценки качества оказанной пациенту медицинской помощи и частных вопросов, касающихся лечебного процесса. Для получения комплексного представления о выборке пациентов в анкету также были включены вопросы для сбора сведений о социодемографических особенностях пациентов.

Анкетирование было проведено среди пациентов, поступивших в плановом и экстренном порядке в стационары городов Алматы, Семей (Восточно-Казахстанская область) и Актобе (Западно-Казахстанская область) Республики Казахстан. Выборка пациентов, включенных в опрос, была случайной и бесповторной [7].

Для анализа полученных данных использовался метод бинарной логистической регрессии [4]. Указанный метод многомерного анализа применяется для устранения 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 прямую связь с изучаемой результирующей переменной. Социодемографические характеристики пациентов и ответы пациентов, касающиеся оказания им помощи, вводились в логистическую регрессионную модель в качестве независимых категориальных переменных.

Количественной мерой оценки влияния различных факторов на удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью в бинарной логистической регрессии являлось отношение шансов (ОШ) [9]. Нескорректированные значения ОШ рассчитывались в ходе одномерного регрессионного анализа, который проводился отдельно для каждой независимой переменной, и в ходе данного анализа оценивалось независимое влияние каждого изучаемого фактора по отдельности, без учета взаимного влияния действующих факторов. Скорректированные значения

ОШ, напротив, учитывающие взаимное влияние изучаемых факторов, рассчитывались в результате многомерного регрессионного анализа, в который все независимые переменные вводились методом форсированного ввода.

Так как большинство факторов, изучаемых с помощью опроса пациентов, имели ранговую структуру оценки и были выстроены по возрастанию или убыванию, для углубленного изучения данных такого типа была использована разнородность факторного анализа — анализ главных компонент [4]. Данный вид анализа является процедурой, при которой большое число переменных, характеризующих включенные в исследование наблюдения, сводится к меньшему числу независимых влияющих факторов, и в каждую из компонент объединяются величины, которые тесно коррелируют между собой. Таким образом, в данном случае факторный анализ дает возможность найти такие комплексные категории, которые позволяют наиболее полно объяснить наблюдаемые связи между включенными в анализ переменными (в случае данного исследования — характеристиками лечебного процесса, пребывания пациента в стационаре и социодемографическими параметрами). В качестве метода вращения был выбран «Direct oblimin», абсолютные значения факторов рассчитывали по методу Андерсона — Рубина. Критерием выбора компонент был уровень «собственного значения» («eigenvalue») $\geq 1,0$. В дальнейшем все компоненты, имеющие собственное значение $\geq 1,0$, вводились в бинарный логистический регрессионный анализ, в котором зависимой бинарной переменной была удовлетворенность качеством медицинской помощи, а широкий набор факторов, относящихся к оценке пациентом качества медицинской помощи, был сведен к ограниченному набору компонент для повышения статистической мощности.

Для расчета 95 % доверительных интервалов (ДИ) при оценке частоты негативной и позитивной оценок качества медицинской помощи использовался метод Уилсона [9].

Бинарная логистическая регрессия и факторный анализ проводились с помощью пакета статистических программ SPSS 23.0 (IBM Corp, USA).

Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Казахского национального медицинского университета им. Асфендиярова 24 июня 2015 года.

Результаты

В исследование случайным образом были включены 923 пациента, поступивших в городские стационары Республики Казахстан в плановом и экстренном порядке. Результаты анкетирования экстренных и плановых пациентов рассматривались по отдельности по причине существенных различий как в степени тяжести заболевания и психологическом состоянии пациентов данных двух категорий, так и в особенностях процесса оказания им медицинской помощи, что потенциально оказывает существенное влияние на субъективную оценку качества оказанной им

медицинской помощи и ее отдельных аспектов. Соответственно в анкету были включены по два специализированных вопроса относительно особенностей оказания медицинской помощи при экстренной или плановой госпитализации.

Социодемографические характеристики пациентов, включенных в исследование, результаты оценки пациентами различных аспектов процесса оказания им медицинской помощи в стационаре и общая оценка качества оказанной помощи представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика выборки пациентов и оценка пациентами различных аспектов процесса оказания медицинской помощи в стационаре по результатам анкетирования, N (%)

Показатель	Экстренная госпитализация	Плановая госпитализация	Всего
Всего	344 (37,3)	579 (62,7)	923 (100,0)
Пол			
Мужчины	177 (51,5)	302 (52,2)	479 (51,9)
Женщины	167 (48,5)	277 (47,8)	444 (48,1)
Возрастная категория			
До 20 лет	14 (4,1)	13 (2,2)	27 (2,9)
20–29 лет	36 (10,5)	36 (6,2)	72 (7,8)
30–39 лет	44 (12,8)	48 (8,3)	92 (10,0)
40–49 лет	70 (20,3)	108 (18,7)	178 (19,3)
50–59 лет	78 (22,7)	205 (35,4)	283 (30,7)
60 лет и старше	102 (29,7)	169 (29,2)	271 (29,4)
Образование			
Неполное среднее	31 (9,0)	65 (11,2)	96 (10,4)
Общее среднее	85 (24,7)	147 (25,4)	232 (25,1)
Специальное среднее	85 (24,7)	137 (23,7)	222 (24,1)
Незаконченное высшее	36 (10,5)	41 (7,1)	77 (8,3)
Высшее	107 (31,1)	189 (32,6)	296 (32,1)
Длительность ожидания осмотра дежурным врачом			
До 10 мин	130 (38,0)	—	130 (14,1)
От 10 до 20 мин	110 (32,2)	—	110 (11,9)
От 20 до 30 мин	41 (12,0)	—	41 (4,4)
От 30 до 60 мин	37 (10,8)	—	37 (4,0)
Более 60 мин	24 (7,0)	—	24 (2,6)
Оценка своевременности оказания помощи			
Полностью недоволен	15 (4,4)	—	15 (1,6)
В основном недоволен	62 (18,0)	—	62 (6,7)
Затруднение при оценке	21 (6,1)	—	21 (2,3)
В основном доволен	175 (50,9)	—	182 (19,7)
Полностью доволен	71 (20,6)	—	71 (7,7)
Длительность ожидания плановой госпитализации			
1–7 дней	—	285 (49,2)	285 (30,9)
8–14 дней	—	162 (28,0)	162 (17,6)
15–22 дня	—	87 (15,0)	87 (9,4)
23–30 дней	—	44 (7,6)	44 (4,8)
Более 30 дней	—	1 (0,2)	1 (0,1)

Продолжение таблицы 1

Показатель	Экстренная госпитализация	Плановая госпитализация	Всего
Удовлетворенность организацией приема пациентов для плановой госпитализации в приемном отделении			
Полностью недоволен	—	10 (1,7)	10 (1,1)
В основном недоволен	—	93 (16,1)	93 (10,1)
Затруднение при оценке	—	78 (13,5)	78 (8,5)
В основном доволен	—	165 (28,5)	165 (17,9)
Полностью доволен	—	233 (40,2)	233 (25,2)
Вежливое и уважительное отношение врачей к пациенту			
Никогда	5 (1,5)	0 (0,0)	5 (0,5)
Иногда	28 (8,1)	38 (6,6)	66 (7,2)
Часто	122 (35,5)	161 (27,8)	283 (30,7)
Всегда	189 (54,9)	380 (65,6)	569 (61,6)
Врачи внимательно слушали, что говорит пациент			
Никогда	2 (0,6)	7 (1,2)	2 (0,2)
Иногда	35 (10,2)	43 (7,4)	79 (8,6)
Часто	123 (35,8)	167 (28,8)	289 (31,3)
Всегда	184 (53,5)	362 (62,5)	553 (59,9)
Врачи давали понятные объяснения пациенту			
Никогда	3 (0,9)	7 (1,2)	10 (1,1)
Иногда	38 (11,0)	43 (7,4)	81 (8,8)
Часто	127 (36,9)	167 (28,8)	294 (31,9)
Всегда	176 (51,2)	362 (62,5)	538 (58,3)
Пациент испытывал чувство доверия к врачам			
Никогда	6 (1,7)	4 (0,7)	10 (1,1)
Иногда	37 (10,8)	38 (6,6)	75 (8,1)
Часто	116 (33,7)	165 (28,5)	281 (30,4)
Всегда	185 (53,8)	372 (64,2)	557 (60,3)
Врачи удостоверились, что пациент понял полученную информацию о своем состоянии и лечении			
Никогда	12 (3,5)	24 (4,1)	36 (3,9)
Иногда	64 (18,6)	76 (13,1)	140 (15,2)
Часто	119 (34,6)	132 (22,8)	251 (27,2)
Всегда	149 (43,3)	347 (59,9)	496 (53,7)
Близкие пациента могли общаться с врачом			
Да, полностью	170 (49,4)	310 (53,5)	480 (52,0)
Да, но в некоторых аспектах	92 (26,7)	123 (21,2)	215 (23,3)
Нет	82 (23,8)	146 (25,2)	228 (24,7)
Пациент имел возможность обсудить свое состояние с персоналом больницы			
Никогда	35 (10,2)	38 (6,6)	73 (7,9)
Иногда	77 (22,4)	94 (16,2)	171 (18,5)
Часто	124 (36,0)	146 (25,2)	270 (29,3)
Всегда	108 (31,4)	301 (52,0)	409 (44,3)
Проведение уборки палат и мест общего пользования в стационаре			
Никогда	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,1)
Иногда	14 (4,1)	11 (1,9)	25 (2,7)
Часто	82 (23,9)	88 (15,2)	170 (18,5)
Всегда	246 (71,7)	479 (82,9)	725 (78,7)

Продолжение таблицы 1

Показатель	Экстренная госпитализация	Плановая госпитализация	Всего
Оценка больничного питания			
Плохое	21 (6,1)	38 (6,6)	59 (6,4)
Удовлетворительное	109 (31,7)	153 (26,4)	262 (28,4)
Хорошее	156 (45,3)	155 (26,8)	311 (33,7)
Отличное	58 (16,9)	233 (40,2)	291 (31,5)
Получение понятных объяснений врача относительно новых назначений препаратов			
Никогда	25 (7,3)	44 (7,6)	69 (7,5)
Иногда	89 (25,9)	97 (16,8)	186 (20,2)
Часто	104 (30,2)	114 (19,7)	218 (23,6)
Всегда	126 (36,6)	324 (56,0)	450 (48,8)
Оценка работы в команде «врач—медсестра»			
Плохо	1 (0,3)	2 (0,3)	3 (0,3)
Удовлетворительно	60 (17,4)	93 (16,1)	153 (16,6)
Хорошо	208 (60,5)	232 (40,1)	440 (47,7)
Отлично	75 (21,8)	252 (43,5)	327 (35,4)
Общая оценка пациентом качества оказанной ему медицинской помощи			
Плохо	1 (0,3)	1 (0,2)	2 (0,2)
Удовлетворительно	60 (17,4)	96 (16,6)	156 (16,9)
Хорошо	156 (45,3)	170 (29,4)	326 (35,3)
Отлично	127 (36,9)	312 (53,9)	439 (47,6)

В изучаемой выборке 37 % составили пациенты, госпитализированные в экстренном порядке, и 63 % — пациенты, поступившие в клинику для планового лечения.

Следует отметить, что только 0,2 % пациентов (95 % ДИ 0,06; 0,80) охарактеризовали качество оказанной им медицинской помощи как неудовлетворительное и только 16,9 % (95 % ДИ 14,6; 19,5) — как удовлетворительное, в то время как большинство пациентов — 82,9 % (95 % ДИ 80,3; 85,2) оценили качество медицинской помощи как хорошее и отличное, причем оценка была сходной для «экстренных» и «плановых» пациентов.

Так как на степень удовлетворенности пациента качеством оказанной ему медицинской помощи потенциально может оказывать влияние широкий круг факторов, для обработки данных была использована бинарная логистическая регрессия — многомерный метод анализа, позволяющий учитывать совокупное влияние различных факторов на показатель исхода — степень удовлетворенности качеством помощи. При этом в фокусе внимания в процессе анализа находилась именно степень удовлетворенности пациента качеством оказанной помощи, определяемая как «ниже среднего» (оценки «плохо» и «удовлетворительно»). Выбор такого подхода был связан с тем фактом, что выявление именно тех факторов, которые приводят к тому, что пациент оказывается не удовлетворенным качеством оказанной помощи, позволяет провести

их полноценный анализ, элиминацию или модификацию, следствием чего будет повышение качества медицинской помощи.

Соответственно для бинарного регрессионного анализа в качестве зависимой переменной была выбрана оценка качества оказанной им медицинской помощи, которая была переведена в дихотомическую переменную, принимающую два значения: «плохая» и «удовлетворительная» оценка / «хорошая» и «отличная» оценка. С логической точки зрения данное разделение можно обозначить как «качество ниже среднего» / «качество выше среднего».

В табл. 2 и 3 представлены результаты одномерной и многомерной логистической регрессии, в которые были включены «экстренные» и «плановые» пациенты соответственно.

Таблица 2

Результаты бинарного логистического регрессионного анализа неудовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов, поступивших в стационар в экстренном порядке

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Пол		0,115		0,007
Мужчины	1,58 (0,90; 2,77)		3,64 (1,43; 9,22)	
Женщины	1 (референтная)		1 (референтная)	
Возрастная категория		0,073		0,255
До 20 лет	2,32 (0,64; 8,37)		0,50 (0,04; 6,78)	
20–29 лет	2,55 (1,04; 6,25)		1,42 (0,37; 5,50)	
30–39 лет	1,19 (0,50; 3,31)		0,56 (0,13; 2,48)	
40–49 лет	0,54 (0,20; 1,48)		0,20 (0,05; 0,83)	
50–59 лет	1,62 (0,75; 3,48)		0,84 (0,27; 2,60)	
60 лет и старше	1 (референтная)		1 (референтная)	
Образование		0,056		0,069
Неполное среднее	0,10 (0,13; 0,76)		0,09 (0,01; 1,56)	
Общее среднее и среднее специальное	0,56 (0,31; 1,58)		0,32 (0,12; 0,85)	
Незаконченное высшее	0,59 (0,22; 1,58)		0,27 (0,05; 1,56)	
Высшее	1 (референтная)		1 (референтная)	
Длительность ожидания осмотра дежурным врачом		<0,001		0,092
До 10 мин	1 (референтная)		1 (референтная)	
От 10 до 30 мин	1,94 (0,91; 4,16)		0,50 (1,43; 4,08)	
Более 30 мин	8,59 (3,87; 19,08)		3,62 (1,09; 12,16)	
Оценка своевременности оказания помощи		<0,001		0,719

Продолжение таблицы 2

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Недоволен или затруднение при оценке	5,61 (3,12; 10,09)		1,20 (0,44; 3,24)	
Доволен	1 (референтная)		1 (референтная)	
Вежливое и уважительное отношение врачей к пациенту		<0,001		0,533
Никогда или иногда	23,87 (10,02; 56,90)		2,16 (0,19; 24,1)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Врачи внимательно слушали, что говорит пациент		<0,001		0,792
Никогда или иногда	15,68 (7,25; 33,91)		1,46 (0,09; 24,9)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Врачи давали понятные объяснения пациенту		<0,001		0,591
Никогда или иногда	15,26 (7,30; 31,90)		1,91 (0,18; 20,03)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Пациент испытывал чувство доверия к врачам		<0,001		0,871
Никогда или иногда	13,25 (6,49; 27,06)		1,18 (0,16; 8,44)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Врачи удостоверялись, что пациент понял полученную информацию о своем состоянии и лечении		<0,001		0,540
Никогда или иногда	9,65 (5,22; 17,84)		1,42 (0,46; 4,38)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Близкие пациента могли общаться с врачом		<0,001		0,576
Да, полностью	1 (референтная)		1 (референтная)	
Да, но в некоторых аспектах	2,90 (1,38; 6,10)		0,694 (0,220; 2,19)	
Нет	5,78 (2,83; 11,78)		1,22 (0,36; 4,18)	
Пациент имел возможность обсудить свое состояние с персоналом больницы		<0,001		0,774
Никогда или иногда	6,73 (3,67; 12,32)		1,16 (0,43; 3,16)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Проведение уборки палат и мест общего пользования в стационаре		0,006		0,888

Продолжение таблицы 2

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Никогда или иногда	4,44 (1,55; 12,76)		0,87 (0,12; 6,09)	
Часто или всегда	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Оценка больничного питания		<0,001		0,002
Плохое или удовлетворительное	7,27 (3,85; 13,73)		4,20 (1,70; 10,38)	
Хорошее или отличное	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Получение понятных объяснений врача относительно новых назначений препаратов		<0,001		0,005
Никогда или иногда	9,67 (5,10; 18,45)		3,80 (1,50; 9,63)	
Часто или всегда	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Оценка работы в команде «врач — медсестра»		<0,001		<0,001
Плохое или удовлетворительное	7,11 (3,81; 13,25)		6,34 (2,33; 17,26)	
Хорошее или отличное	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	

Проведенный регрессионный анализ на выборке «экстренных» пациентов с одновременным включением всех анализируемых переменных позволил выявить статистически значимую связь с оценкой пациентами качества оказанной помощи как «ниже среднего» следующих факторов: пол пациента (мужчины были в среднем в 3,6 раза более склонными к негативной оценке); плохое и удовлетворительное качество больничного питания (повышало шансы оценки качества помощи как «ниже среднего» в среднем в 4,2 раза); отсутствие понятных разъяснений от врача относительно новых назначений лекарственных препаратов (повышало шансы оценки качества помощи как «ниже среднего» в среднем в 3,8 раза); плохое и удовлетворительное взаимодействие врачебного и среднего медицинского персонала (повышало шансы оценки качества помощи как «ниже среднего» в среднем в 6,3 раза). При этом проведение именно многофакторного анализа позволило обнаружить, что ряд факторов, которые при изолированном рассмотрении в однофакторном анализе имели статистически значимую связь с независимой переменной, при одновременном учете взаимного влияния всех изучаемых факторов данную связь утратили. Таким образом, при комплексном рассмотрении всех факторов оказалось незначимым влияние времени ожидания осмотра дежурным врачом, оценки своевременности оказания помощи и других показателей анкеты (см. табл. 2). При этом оценка больничного питания, разъяснения врача относительно новых назначений препаратов и

оценка работы в команде «врач — медсестра» были значимыми в результате однофакторного анализа и остались таковыми при комплексной оценке влияния всех анализируемых факторов.

Таблица 3

Результаты бинарного логистического регрессионного анализа неудовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов, поступивших в стационар в плановом порядке

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Пол		0,754		0,588
Мужчины	1,07 (0,69; 1,66)		1,19 (0,63; 2,27)	
Женщины	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Возрастная категория		0,003		0,529
До 20 лет	7,05 (2,18; 22,78)		4,47 (0,28; 72,70)	
20–29 лет	1,73 (0,70; 4,23)		0,95 (0,19; 4,70)	
30–39 лет	2,01 (0,92; 4,41)		0,92 (0,28; 2,95)	
40–49 лет	0,62 (0,28; 1,35)		0,45 (0,16; 1,28)	
50–59 лет	1,29 (0,73; 2,26)		0,70 (0,32; 1,55)	
60 лет и старше	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Образование		0,004		0,010
Неполное среднее	0,38 (0,15; 0,94)		0,57 (0,17; 1,95)	
Общее среднее и среднее специальное	0,58 (0,35; 0,94)		0,31 (0,15; 0,65)	
Незаконченное высшее	1,73 (0,82; 3,64)		0,15 (0,03; 0,81)	
Высшее	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Длительность ожидания плановой госпитализации		0,001		0,106
1–7 дней	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
8–14 дней	2,28 (1,39; 3,71)		1,72 (0,81; 3,62)	
Более 14 дней	0,96 (0,52; 1,77)		0,66 (0,27; 1,59)	
Удовлетворенность организацией приема пациентов для плановой госпитализации в приемном отделении		<0,001		0,123
Недоволен или затруднение при оценке	4,58 (2,90; 7,23)		1,72 (0,86; 3,41)	
Доволен	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	
Вежливое и уважительное отношение врачей к пациенту		<0,001		0,993
Никогда или иногда	26,53 (11,68; 60,28)		1,01 (0,15; 6,85)	
Часто или всегда	1 (рефе- рентная)		1 (рефе- рентная)	

Продолжение таблицы 3

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Врачи внимательно слушали, что говорит пациент		<0,001		0,212
Никогда или иногда	16,95 (8,44; 34,02)		3,88 (0,46; 32,56)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Врачи давали понятные объяснения пациенту		<0,001		0,586
Никогда или иногда	17,58 (9,08; 34,02)		1,46 (0,37; 5,78)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Пациент испытывал чувство доверия к врачам		<0,001		0,806
Никогда или иногда	13,57 (6,81; 27,03)		0,83 (0,18; 3,75)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Врачи удостоверялись, что пациент понял полученную информацию о своем состоянии и лечении		<0,001		0,045
Никогда или иногда	13,60 (8,18; 22,6)		2,35 (1,02; 5,42)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Близкие пациента могли общаться с врачом		<0,001		0,003
Да, полностью	1 (референтная)		1 (референтная)	
Да, но в некоторых аспектах	12,26 (5,66; 26,59)		4,77 (1,86; 12,24)	
Нет	20,21 (9,62; 42,48)		4,30 (1,67; 11,03)	
Пациент имел возможность обсудить свое состояние с персоналом больницы		<0,001		0,013
Никогда или иногда	11,81 (7,22; 19,32)		2,68 (1,23; 5,82)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Проведение уборки палат и мест общего пользования в стационаре		0,900		0,004
Никогда или иногда	1,10 (0,24; 5,19)		0,04 (0,004; 0,35)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Оценка больничного питания		<0,001		0,020
Плохое или удовлетворительное	7,74 (4,74; 12,62)		2,29 (1,15; 4,57)	

Продолжение таблицы 3

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Хорошее или отличное	1 (референтная)		1 (референтная)	
Получение понятных объяснений врача относительно новых назначений препаратов		<0,001		0,304
Никогда или иногда	7,15 (4,47; 11,44)		1,47 (0,71; 3,04)	
Часто или всегда	1 (референтная)		1 (референтная)	
Оценка работы в команде врач-медсестра		<0,001		<0,001
Плохое или удовлетворительное	11,80 (7,10; 19,60)		6,27 (2,92; 13,45)	
Хорошее или отличное	1 (референтная)		1 (референтная)	

Оценка качества оказанной медицинской помощи «ниже среднего» была связана с уровнем образования (пациенты с образованием по уровню ниже, чем высшее, были склонны оценивать качество оказанной им помощи более высоко, чем пациенты с высшим образованием), отсутствием понятных разъяснений со стороны врача относительно информации о состоянии пациента и его лечении (повышало шансы оценки качества помощи как «ниже среднего» в среднем в 2,4 раза), отсутствием возможности для родственников пообщаться с врачом (полная невозможность повышала шансы оценки качества помощи как «ниже среднего» в среднем в 4,3 раза, частичная — в 4,8 раза), невозможностью обсудить состояние своего здоровья с медперсоналом (повышало шансы в 2,7 раза), плохим или удовлетворительным качеством больничного питания (повышало шансы в 2,3 раза), плохой или удовлетворительной организацией работы в команде «врач — медсестра» (повышало шансы в 6,3 раза). Обратил на себя внимание парадоксальный результат анализа оценки пациентом уборки палат и мест общего пользования — качество помощи оценивалось ниже при более частой уборке помещений. Как и в случае с «экстренными» пациентами, при анализе ответов пациентов, поступивших в стационар в плановом порядке, значительное количество факторов, оказавшихся статистически значимыми в результате проведения однофакторного анализа, оказались статистически не значимыми при совокупном и одновременном учете их связи с качеством оказанной помощи (см. табл. 3).

Так как трансформация данных, необходимая для проведения бинарной логистической регрессии, неизбежно приводит к потере части заключенной в исследовательских данных информации, дополнительно к логистической регрессии был проведен факторный анализ. Так как большинство вопросов анкеты предполагали ответы, которые ранжировали оценку пациента от высокой оценки до низкой и наоборот,

в данном случае целью факторного анализа были поиск и группировка сильно коррелирующих между собой оценок пациентов. Результаты факторного анализа ответов на вопросы анкеты пациентами, поступившими в стационар в экстренном порядке, представлены в табл. 4.

Таблица 4
Результаты факторного анализа для выборки пациентов, поступивших в стационар в экстренном порядке

Показатель	Компонента 1 – Взаимопонимание с врачом	Компонента 2 – Качество организации лечебной работы	Компонента 3 – Качество пребывания пациента в стационаре
	Значения факторных нагрузок		
Длительность ожидания осмотра дежурным врачом		0,809	
Оценка своевременности оказания помощи		–0,747	
Вежливое и уважительное отношение врачей к пациенту	0,820		
Врачи внимательно слушали, что говорит пациент	0,976		
Врачи давали понятные объяснения пациенту	0,880		
Пациент испытывал чувство доверия к врачам	0,844		
Врачи удостоверились, что пациент понял полученную информацию о своем состоянии и лечении	0,644		
Близкие пациента могли общаться с врачом	–0,433		
Пациент имел возможность обсудить свое состояние с персоналом больницы			0,602
Проведение уборки палат и мест общего пользования в стационаре			0,507
Оценка больничного питания			0,714
Получение понятных объяснения врача относительно новых назначений препаратов	0,528		
Оценка работы в команде «врач-медсестра»		–0,520	0,516
Дисперсия, объясненная компонентами	43,2 %	9,8 %	8,7 %

В результате обработки данных были выделены три основных компоненты факторного анализа, из которых первая объясняла 43,2 % дисперсии, вторая – 9,8 % и третья – 8,7 %. Ранжирование всех полученных в результате анализа компонент представлено на графике «каменистой осыпи» («scree plot») на рис. 1.

Оценка качества оказанной медицинской помощи в рамках компоненты 1 коррелировала с группой факторов, которые можно объединить в логическую

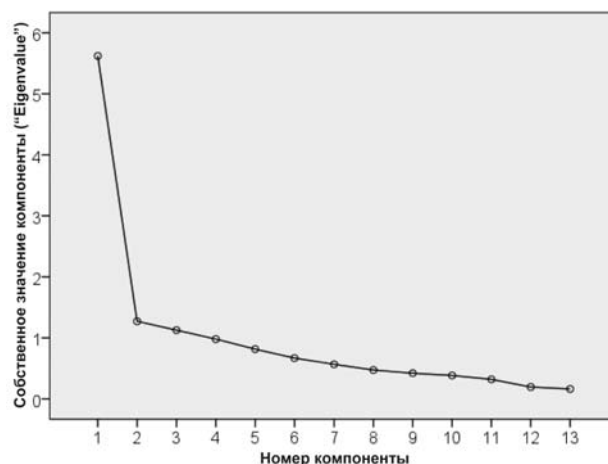


Рис. 1. График «каменистой осыпи» («scree plot») для факторного анализа в подгруппе пациентов, поступивших в экстренном порядке

категорию «взаимопонимание с врачом», в рамках компоненты 2 – с группой факторов «качество организации лечебной работы», в рамках компоненты 3 – с группой факторов «качество пребывания пациента в стационаре».

Результаты логистической регрессии с использованием вышеуказанных трех компонент представлены в табл. 5.

Таблица 5
Результаты бинарного логистического регрессионного анализа неудовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов, поступивших в стационар в экстренном порядке, с учетом результатов факторного анализа

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Пол		0,115		0,041
Мужчины	1,58 (0,90; 2,77)		2,49 (1,03; 6,00)	
Женщины	1 (референтная)		1 (референтная)	
Возрастная категория		0,073		0,124
До 20 лет	2,32 (0,64; 8,37)		0,30 (0,01; 6,43)	
20–29 лет	2,55 (1,04; 6,25)		1,46 (0,36; 5,92)	
30–39 лет	1,29 (0,50; 3,31)		0,74 (0,19; 2,81)	
40–49 лет	0,54 (0,20; 1,48)		0,18 (0,04; 0,71)	
50–59 лет	1,62 (0,75; 3,48)		1,00 (0,34; 2,98)	
60 лет и старше	1 (референтная)		1 (референтная)	
Образование		0,056		0,065
Неполное среднее	0,10 (0,01; 0,76)		0,08 (0,003; 2,28)	
Общее среднее и среднее специальное	0,56 (0,31; 1,02)		0,314 (0,12; 0,80)	
Незаконченное высшее	0,59 (0,22; 1,58)		0,34 (0,05; 2,17)	

Продолжение таблицы 5

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Высшее	1 (референтная)		1 (референтная)	
Компонента 1 «взаимопонимание с врачом»	0,22 (0,15; 0,32)	<0,001	0,32 (0,20; 0,51)	<0,001
Компонента 2 «качество организации лечебной работы»	2,69 (2,00; 3,62)	<0,001	3,05 (1,89; 4,94)	<0,001
Компонента 3 «качество пребывания пациента в стационаре»	0,65 (0,25; 0,49)	<0,001	0,26 (0,15; 0,45)	<0,001

Была выявлена обратно пропорциональная связь между степенью взаимопонимания пациента и врача и склонностью пациента низко оценивать качество медицинской помощи, а также между качеством организации пребывания пациента в стационаре и склонностью пациента низко оценивать качество медицинской помощи. Парадоксальным является то, что была обнаружена прямо пропорциональная связь между качеством организации лечебного процесса и склонностью пациента низко оценивать качество медицинской помощи. Тем не менее данный парадокс нивелируется тем фактом, что на неудовлетворенность пациента качеством медицинской помощи наиболее сильно влияет лишь первая компонента, а две других — в значительно меньшей степени, хотя они и отвечают критериям отбора компонент факторного анализа.

Результаты факторного анализа ответов на вопросы анкеты пациентами, поступившими в стационар в плановом порядке, представлены в табл. 6.

Таблица 6

Результаты факторного анализа для выборки пациентов, поступивших в стационар в плановом порядке

Показатель	Компонента 1 — Взаимопонимание, качество организации лечебного процесса пребывания пациента в стационаре	Компонента 2 — Длительность ожидания плановой госпитализации
	Значение факторных нагрузок	
Длительность ожидания плановой госпитализации		0,954
Удовлетворенность организацией приема пациентов для плановой госпитализации в приемном отделении	0,585	
Вежливое и уважительное отношение врачей к пациенту	0,861	
Врачи внимательно слушали, что говорит пациент	0,874	
Врачи давали понятные объяснения пациенту	0,869	
Пациент испытывал чувство доверия к врачам	0,853	

Продолжение таблицы 6

Показатель	Компонента 1 — Взаимопонимание, качество организации лечебного процесса пребывания пациента в стационаре	Компонента 2 — Длительность ожидания плановой госпитализации
	Значение факторных нагрузок	
Врачи удостоверялись, что пациент понял полученную информацию о своем состоянии и лечении	0,802	
Близкие пациента могли общаться с врачом	−0,651	
Пациент имел возможность обсудить свое состояние с персоналом больницы	0,781	
Проведение уборки палат и мест общего пользования в стационаре	0,484	
Оценка больничного питания	0,725	
Получение понятных объяснений врача относительно новых назначений препаратов	0,759	
Оценка работы в команде «врач-медсестра»	0,774	
Дисперсия, объясненная компонентами	53,5 %	8,0 %

В отличие от подгруппы «экстренных» пациентов в данном случае в результате обработки данных были выделены не три, а две компоненты факторного анализа, имеющих собственное значение $\geq 1,0$, из которых первая объясняла 53,5 %, а вторая — 8,0 % дисперсии. Ранжирование всех полученных в результате анализа компонент представлено на графике «каменистой осыпи» («scree plot») на рис. 2.

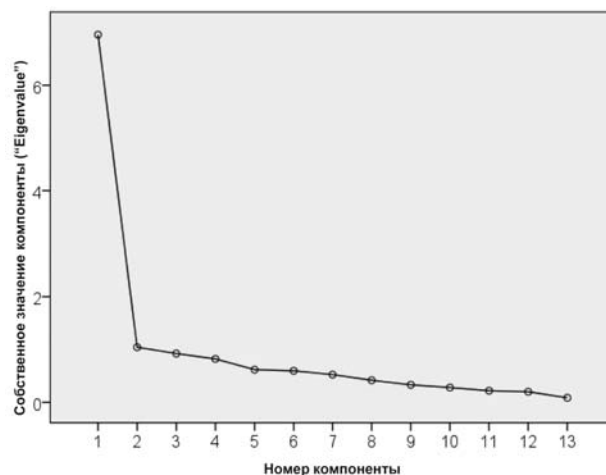


Рис. 2. График «каменистой осыпи» («scree plot») для факторного анализа в подгруппе пациентов, поступивших в плановом порядке

Оценка качества оказанной медицинской помощи в рамках компоненты 1 коррелировала почти со

всеми включенными в анализ факторами, которые можно в совокупности объединить в логическую категорию «взаимопонимание, качество организации лечебного процесса пребывания пациента в стационаре», а в рамках компоненты 2 — только с одним фактором «длительность ожидания плановой госпитализации».

Результаты логистической регрессии с использованием компонент представлены в табл. 7.

Таблица 7

Результаты бинарного логистического регрессионного анализа неудовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов, поступивших в стационар в плановом порядке, с учетом результатов факторного анализа

Показатель	Нескорректированные показатели		Скорректированные показатели	
	ОШ (95 % ДИ)	Р	ОШ (95 % ДИ)	Р
Пол				0,933
Мужчины	1,07 (0,69; 1,66)		1,03 (0,57; 1,84)	
Женщины	1 (референтная)		1 (референтная)	
Возрастная категория		0,003		0,286
До 20 лет	7,05 (2,18; 22,88)		2,13 (0,18; 26,0)	
20–29 лет	1,73 (0,70; 4,23)		0,58 (0,15; 2,24)	
30–39 лет	2,01 (0,92; 4,41)		0,56 (0,19; 1,61)	
40–49 лет	0,62 (0,28; 1,35)		0,34 (0,13; 0,90)	
50–59 лет	1,29 (0,73; 2,26)		0,58 (0,28; 1,21)	
60 лет и старше	1 (референтная)		1 (референтная)	
Образование		0,004		0,037
Неполное среднее	0,38 (0,15; 0,94)		1,51 (0,46; 4,92)	
Общее среднее и среднее специальное	0,58 (0,35; 0,94)		0,43 (0,23; 0,82)	
Незаконченное высшее	1,73 (0,82; 3,64)		0,49 (0,11; 2,24)	
Высшее	1 (референтная)		1 (референтная)	
Компонента 1 «взаимопонимание, качество организации лечебного процесса пребывания пациента в стационаре»	0,14 (0,10; 0,20)	<0,001	0,12 (0,08; 0,18)	<0,001
Компонента 2 «длительность ожидания плановой госпитализации»	1,07 (0,86; 1,32)	0,562	1,04 (0,79; 1,37)	0,764

Таким образом, в результате проведения регрессионного анализа с использованием факторных нагрузок можно сделать вывод о том, что существует обратно пропорциональная связь между первой компонентой, включающей в себя взаимопонимание, качество организации лечебного процесса пребывания пациента в стационаре, и склонностью пациента

низко оценивать качество медицинской помощи. Длительность ожидания плановой госпитализации на субъективную оценку качества медицинских услуг не влияла.

Обсуждение результатов

Качество оказанной пациенту медицинской помощи является одним из ключевых понятий общественного здравоохранения прежде всего потому, что оно носит в первую очередь прикладной характер. Выявление, устранение и модификация факторов, снижающих качество оказываемой пациенту медицинской помощи, может существенно повлиять на эффективность здравоохранения как на локальном, так и на региональном и государственном уровнях.

Основным результатом проведенного исследования можно считать то, что только единичные пациенты оценили качество оказанной им медицинской помощи однозначно негативно. Оценку «удовлетворительно» качеству оказанной помощи дали 16,9 % пациентов, а оставшиеся 82,9 % оценили его на «хорошо» и «отлично». Таким образом, с позиции запросов и ожиданий пациента ситуация с качеством оказания медицинской помощи в городских стационарах вышеуказанных городов Казахстана в рамках данной выборочной оценки может быть расценена как благоприятная.

Многомерный анализ аспектов оказания медицинской помощи позволил выявить два снижающих ее качество неблагоприятных фактора, одинаково важных как для «экстренных», так и для «плановых» пациентов, — недостаточное качество больничного питания (ОШ 4,2 для «экстренных» и 2,3 для «плановых» пациентов) и недостаточное взаимодействие врача и среднего медперсонала (ОШ 6,3 для «экстренных» и 6,3 для «плановых» пациентов). Пациенты, поступившие в стационар в экстренном порядке, также были склонны ниже оценивать качество медицинской помощи при недостаточной разъяснительной работе врача с пациентом относительно новых назначений лекарственных препаратов (ОШ 3,8). Пациенты, поступившие в плановом порядке, оценивали качество медицинской помощи «ниже среднего», если врач не придавал значения тому, понял ли пациент полученную от него информацию о своем состоянии и лечении (ОШ 2,4), если пациент не имел возможности обсудить свое состояние с медперсоналом (ОШ 2,7) и если родственникам пациента не была предоставлена возможность пообщаться с врачом или такая возможность была ограничена (ОШ 4,3 и 4,7 соответственно).

Изучение в рамках факторного анализа корреляционной связи факторов, создающих у пациента мнение о качестве оказанной ему медицинской помощи, позволило установить, что для пациентов, поступивших в плановом порядке, важным является наличие взаимопонимания с врачом, а для пациентов, поступивших в экстренном порядке, — и взаимопонимание с врачом, и организация лечебного

процесса и пребывания пациентов в стационаре (в частности, работа приемного отделения в отношении «плановых» пациентов, качество больничного питания и организованность взаимодействия врача и среднего медперсонала).

В результате проведения факторного анализа и последующей логистической регрессии можно сделать вывод о том, что для пациентов, поступивших в стационар в экстренном порядке, оценка качества медицинской помощи напрямую зависит и от степени взаимопонимания между пациентом и врачом, и от качества пребывания пациента в стационаре, а для пациентов, поступивших в больницу в плановом порядке, факторный анализ и логистическая регрессия не позволили выделить определенные аспекты оказания медицинской помощи, имеющие преимущественное значение для пациента в отношении оценки им качества оказания медицинской помощи.

В контексте полученных результатов большой интерес представляет сравнение их с результатами исследований в других странах, из которых ближайшей является Российская Федерация.

Так, крупномасштабное социологическое исследование, проведенное в 2011–2012 годах в ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения РАМН и охватившее 5 562 пациентов стационара [3], установило, что качеством оказанной медицинской помощи были удовлетворены 96–98 % пациентов, что согласуется с результатами нашего исследования. При этом среди факторов, значимо влияющих на оценку качества помощи, были выделены вежливость и внимательность врачей и среднего медперсонала, а также ряд организационных и кадровых аспектов лечебного процесса.

Опрос пациентов Иркутского государственного медицинского университета, проведенный в 2010 году [2], выявил, что полную удовлетворенность отношением к ним лечащего врача отметили 93 % пациентов, а оценку «скорее не удовлетворены» дали 0,3 % больных, что также согласуется с результатами нашего исследования. В качестве ключевых факторов, влияющих на оценку пациентом качества медицинской помощи, в данном исследовании были выделены отношение к пациентам врачебного и среднего медицинского персонала и условия пребывания пациентов в стационаре.

Социологическое исследование, проведенное в г. Бугуруслан Оренбургской области [13], в результате опроса 523 городских жителей, напротив, обнаружило, что стационарной помощью не удовлетворены 21 % населения данного города, причем низкая удовлетворенность была обусловлена в первую очередь недостаточным развитием материально-технической базы стационара и недостатком площадей в стационаре. Но следует отметить, что опрос охватывал не пациентов стационаров, а население города, и в данном случае оценка, вероятно, зависела от имевше-

гося у респондента опыта госпитализаций в течение многих лет до момента проведения опроса.

Таким образом, сравнение не выявило принципиальных отличий результатов нашего исследования от результатов аналогичных опросов пациентов, проведенных в стационарах в России.

Оценивая проведенное исследование, можно выделить ряд его преимуществ, к числу которых относится большой объем выборки, включение в анкетирование пациентов нескольких стационаров, расположенных в разных городах Казахстана, что позволило снизить потенциальное влияние на результаты опроса региональных различий, а также включение в анкету широкого спектра вопросов, затрагивающих разные аспекты оказания медицинской помощи в стационаре и дифференцированных в зависимости от вида госпитализации пациента.

К ограничениям исследования можно отнести то, что не все возможные аспекты оказания медицинской помощи были учтены в анкете, но полноценный учет всех особенностей пребывания пациента в стационаре, диагностического и лечебного процесса в рамках одной анкеты в принципе невозможен по объективным причинам. Ограничением можно считать и то, что в исследование были включены только городские стационары, заведомо имеющие более высокий уровень обеспечения медицинской помощи в отношении и материально-технического, и кадрового обеспечения.

Проведенный анализ удовлетворенности пациентов городских стационаров Республики Казахстан качеством медицинской помощи выявил, что хорошую и отличную оценку оказанной помощи дали 82,9 % пациентов. Ключевыми факторами, склоняющими респондентов к более низкой оценке качества оказанной помощи, являются недостаточное качество больничного питания и недостаточное взаимодействие врача и среднего медперсонала. При этом пациенты, поступившие в стационар в экстренном порядке, были склонны ниже оценивать качество медицинской помощи при отсутствии достаточных объяснений врача относительно новых назначений лекарственных препаратов, а поступившие в плановом порядке — если врач не придавал значения тому, понял ли пациент полученную от врача информацию о своем состоянии и лечении, если пациент не имел возможности обсудить свое состояние с медперсоналом и если родственникам пациента не была предоставлена возможность пообщаться с врачом или такая возможность была ограничена. Оценка качества медицинской помощи пациентами, поступившими в стационар в экстренном порядке, напрямую зависела от степени взаимопонимания между пациентом и врачом и от качества пребывания пациента в стационаре.

Модификация или устранение вышеуказанных факторов, снижающих оценку пациентами качества оказанной помощи, потенциально приведет к повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой в стационарах.

Список литературы

1. Аканов А. А., Девятко В. Н., Ахметов В. И. и др. Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели. Астана, 2006. 168 с.
2. Алексеева И. Ю., Пчела Л. П., Макаров С. В. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011. № 1. С. 259–261.
3. Артамонова Г. В., Макаров С. А., Черкасс Н. В., Костомарова Т. С., Барабаш О. Л. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи как показатель результативности СМК в фокусе — потребитель // Методы менеджмента качества. 2013. № 12. С. 32–37.
4. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / пер. с нем. СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. 608 с.
5. Вялков А. И., Хальфин Р. А., Никонов Е. Л. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе // Главврач. 2009. № 3. С. 16–25.
6. Галанова Г. И. Пациент как партнер в деле улучшения здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2008. № 4. С. 40–45.
7. Гржибовский А. М., Иванов С. В., Холматова К. К. Основные типы научных исследований в общественном здравоохранении и клинической медицине: планирование, расчет выборки и анализ данных: учебное пособие. Туркестан: Изд-во «Туран», 2016. 113 с.
8. Гржибовский А. М., Иванов С. В. Поперечные (одномоментные) исследования в здравоохранении // Наука и Здравоохранение. 2015. № 2. С. 5–18.
9. 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.
10. Исатаева Н. М. Система контроля качества и безопасности пациентов в Республике Казахстан // Денсаулық Сақтауды Дамыту. 2013. № 3. С. 11–16.
11. Линденбратен А. Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 1994. 48 с.
12. Омирбаева Б. С. Экономические рычаги повышения качества медицинских услуг // Вестник Университета Туран. 2017. № 1. С. 227–233.
13. 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.
14. Симонян Р. З., Кайланич Г. А., Лопухова В. А., Тарасенко И. В. Изучение качества медицинской помощи при оценке технологий здравоохранения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8-2. С. 185–187.
15. 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.
16. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1998. 352 с.

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

References

1. Akanov A. A., Devyatko V. N., Akhmetov V. I. i dr. *Bol'nichnoe delo v Kazakhstane: sostoyanie, problemy i podkhody k novoy modeli* [Hospital activity in Kazakhstan: the state, problems and approaches to the new model]. Astana, 2006, 168 p.
2. Alekseeva I. Yu., Pchela L. P., Makarov S. V. The study of the population's satisfaction with the quality of medical care in the context of health care reform. *Byulleten' VSNTs SO RAMN* [Bulletin of the East Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences]. 2011, 1, pp. 259-261. [in Russian]
3. Artamonova G. V., Makarov S. A., Cherkass N. V., Kostomarova T. S., Barabash O. L. Satisfaction of patients with the quality of medical care as an indicator of the effectiveness of System of quality management in the consumer focus. *Metody menedzhmenta kachestva* [Methods of quality management]. 2013, 12, pp. 32-37. [in Russian]
4. Byuyul' A., Tsefel' P. *SPSS: iskusstvo obrabotki informatsii. Analiz statisticheskikh dannykh i vosstanovlenie skrytykh zakonornostey* [SPSS: the art of information processing. Analysis of statistical data and restoration of hidden patterns]. Per. s nem. Saint Petersburg, 2005, 608 p.
5. Vyalkov A. I., Khal'fin R. A., Nikonov E. L. Management of the quality of medical care in a medical and preventive institution at the present state. *Glavvrach* [Chief doctor]. 2009, 3, pp. 16-25. [in Russian]
6. Galanova G. I. The patient as a partner in health improving process. *Menedzher zdavookhraneniya* [Manager of healthcare]. 2008, 4, pp. 40-45. [in Russian]
7. Grijbovski A. M., Ivanov S. V., Kholmatoва K. K. *Osnovnye tipy nauchnykh issledovaniy v obshchestvennom zdavookhraneni i klinicheskoy meditsine: planirovanie, raschet vyborki i analiz dannykh: uchebnoe posobie* [The main types of research in public health and clinical medicine: planning, sampling and data analysis: a tutorial]. Turkestan, Turan Publ., 2016, 113 p.
8. Grijbovski A. M., Ivanov S. V. Cross-sectional studies in health sciences. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 2, pp. 5-18. [in Russian]
9. Grijbovski A. M., Ivanov S. V., Gorbatova M. A. Analysis of nominal and ordinal data using Statistica and SPSS software. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2016, 6, pp. 5-39. [in Russian]
10. Isataeva N. M. Patient quality and safety monitoring system in the Republic of Kazakhstan. *Densaulyk Saktaudy Damytu* [Development of healthcare]. 2013, 3, pp. 11-16. [in Russian]
11. Lindenbraten A. L. *Metodicheskie osnovy i organizatsionnye tekhnologii otsenki kachestva i effektivnosti meditsinskoy pomoshchi. Avtoref. dokt. dis.* [Methodical bases and organizational technologies for assessing the quality and effectiveness of medical care. Author's Abstract of Doct. Diss.]. Moscow, 1994, 48 p.
12. Omirbaeva B. S. Economic levers to improve the quality of medical services. *Vestnik Universiteta Turan* [Harold of Turan University]. 2017, 1, pp. 227-233. [in Russian]
13. 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 zdorov'ya imeni N A Semashko [Bulletin of National public healthcare institute n. a. N. A. Semashko]. 2012, 4, pp. 122-124. [in Russian]

14. Simonyan R. Z., Kailanich G. A., Lopukhova V. A., Tarasenko I. V. Healthcare quality examination in healthcare technologies assessment. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy* [International journal of applied and fundamental studies]. 2016, 2, pp. 185-187. [in Russian]

15. Tazhibaeva K. N., Buleshov M. A., Buleshova A. M., Zhanabaev 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]

16. Fletcher R., Fletcher C., Vagner E. *Klinicheskaya epidemiologiya. Osnovy dokazatel'noi meditsiny* [Clinical epidemiology. Basics of the evidence-based medicine]. Moscow, Media Sphere Publ., 1998, 352 p.

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

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

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

Тел.: +4745268913 (Норвегия), +79214717053 (Россия), +77471262965 (Казахстан)

E-mail: Andrej.Grijibovski@gmail.com