

УДК 616-006.6-039.57(574.5)

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

© 2017 г. ¹К. Н. Тажибаева, ²М. А. Булешов, ²А. М. Булешова, ¹Н. С. Жанабаев,
²Д. М. Булешов, ³С. В. Иванов, ^{1,4-6}А. М. Гржибовский

¹Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан; ²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан; ³Первый государственный медицинский университет им. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург; ⁴Северо-Восточный федеральный университет, г. Якутск; ⁵Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск; ⁶Национальный институт общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия

В настоящей статье представлены результаты социологического опроса 1 734 пациентов с онкозаболеваниями, обратившихся в 34 амбулаторно-поликлинических учреждения Южно-Казахстанской области Республики Казахстан. Удовлетворенными оказанной амбулаторной медицинской помощью оказались 72,1 (95 % ДИ: 70,0–74,2) % пациентов. Полностью не удовлетворены оказанной помощью 15,7 (95 % ДИ 14,1–17,5) % пациентов. В результате бинарной логистической регрессии были выявлены факторы, оказывающие статистически значимое влияние на негативную оценку пациентами качества оказанной первичной медицинской помощи: затруднения при записи на прием к врачу (ОШ 24,5 (95 % ДИ 16,4; 36,7)), длительность ожидания приема врача более 30 мин (ОШ 1,6 (95 % ДИ 1,0; 2,4), мужской пол (ОШ 1,4 (95 % ДИ 1,0; 2,0)) и проживание в сельской местности (ОШ 2,7 (95 % ДИ 2,0; 3,8)). По результатам проведенного исследования отмечена важность оптимизации организационных мероприятий, направленных на упорядочение процесса записи на прием к врачу и процесса приема врачом пациентов с онкозаболеваниями в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, первичное звено здравоохранения, амбулаторно-поликлинические учреждения, онкологические заболевания, Казахстан

QUALITY OF OUTPATIENT MEDICAL SERVICES IN OUTPATIENT FACILITIES RECEIVED BY ONCOLOGICAL PATIENTS IN SOUTHERN KAZAKHSTAN

¹K. N. Tazhibayeva, ^{1,2}M. A. Buleshov, ²A. M. Buleshova, ¹N. S. Zhanabayev,
²D. M. Buleshov, ³S. V. Ivanov, ^{1, 4-6}A. M. Grjibovski

¹International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan; ²South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan; ³First State Medical University n. a. I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia; ⁴Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ⁵North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia; ⁶Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

This article presents the results of a survey of 1734 outpatient patients with oncological diseases from South Kazakhstan region. Altogether, 34 multidisciplinary outpatient medical institutions were included into the survey. 72.1 (95 % CI: 70.0-74.2) % of the patients were satisfied with outpatient medical care. 15.7 % of the patients (95 % CI 14.1-17.5) were unsatisfied. Binary logistic regression revealed the factors which influenced dissatisfaction with outpatient medical care. These were problems with making an appointment with a physician (OR 24.5 (95 % CI: 16.4; 36.7)), waiting time for more than 30 min (OR 1.6 (95 % CI: 1.0; 2.4)), male gender (OR 1.4 (95 % CI: 1.0; 2.0)) and rural residence (OR 2.7 (95 % CI: 2.0; 3.8)). According to results of the survey we highlighted the importance of the outpatient medical care optimization in Kazakhstan.

Keywords: quality of medical care, primary health care, outpatient clinics, oncology, Kazakhstan

Библиографическая ссылка:

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.

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.

Вопросам оценки качества оказания медицинской помощи в последние годы все большее внимание уделяется как во всем мире, так и на постсоветском

пространстве [13, 17]. В свое время W. E. Deming дал определение «всеобщего качества» как системы управления, ориентированной на людей, целью

которой является непрерывный рост удовлетворенности потребителя. Обращаясь к понятию качества именно медицинской помощи, следует отметить, что это понятие является комплексным и включает в себя ряд строго определенных категорий: соответствие лицензионным требованиям; медицинское обслуживание пациентов, профессиональную подготовку медицинских работников, технологические процессы, сопровождающие оказание медицинских услуг, а также информацию для потребителя [6]. При этом под качеством медицинской помощи, как правило, понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом действующих стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню развития медицинской науки. Не менее важным понятием также является доступность медицинской помощи — реальная возможность получения населением требующейся медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня материального благосостояния и места проживания [16]. Создатель фундаментальных работ по оценке качества медицинской помощи А. Donabedian отмечал, что необходимо в комплексе оценивать три ключевые составляющие медицинской помощи: структуру, процесс и исходы. В первую составляющую входят укомплектованность и подготовка кадров, а также наличие необходимого оборудования. Оценка второй составляющей подразумевает изучение процесса оказания медицинской помощи на предмет его соответствия принятым доказательным стандартам, адаптированным к условиям конкретного лечебного учреждения. Изучение исходов основано на оценке конечных результатов оказания помощи [10].

При этом Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие основные критерии качества медицинской помощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения. При этом управление качеством медицинской помощи должно включать в себя обязательный компонент — оценку, на основании которой должны выноситься взвешенные решения в области здравоохранения — организационные, финансовые, технические, медицинского характера и прочие [1, 5].

В любой стране основная нагрузка по работе с пациентами ложится на первичное звено здравоохранения, включающее в себя амбулаторно-поликлинические учреждения, которые, по сути, обеспечивают выполнение основного объема лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Как известно, именно адекватная амбулаторная медицинская помощь может предотвратить развитие осложнений или более тяжелых заболеваний, а значит, и предотвратить необходимость госпитализации при большом наборе патологических состояний и заболеваний, что имеет огромное значение как с общемедицинской, так и с экономической точки зрения. И в этой связи имен-

но работа врача первичного звена здравоохранения является основополагающим разделом лечебной и профилактической деятельности системы здравоохранения в целом. Поэтому повышение эффективности и качества врачебной деятельности является одной из основных задач совершенствования организации здравоохранения [3].

Наиболее просто уровень качества медицинской помощи определяется на рабочем месте при оказании конкретной медицинской услуги. В этом контексте известны конкретный результат и основные факторы, от которых зависит качество медицинской помощи — условия лечебно-профилактического процесса, уровень квалификации и добросовестности врача. Соответственно ключевым маркером качества оказания медицинской помощи, а также важным показателем для оценки и совершенствования услуг в области здравоохранения является степень удовлетворенности пациентов. [2]. Исследования удовлетворенности пациентов в области здравоохранения впервые стали широко проводиться в 1950-е годы в США. В самых ранних исследованиях была предпринята попытка выявить такие особенности пациента, как возраст, пол, национальная принадлежность, и на их основании предсказать уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью. В дальнейшем исследования стали включать в себя анализ широкого спектра атрибутов медико-санитарной помощи, такие как уход за больными, врач первой помощи [12].

Вопросы оказания первичной медицинской помощи особенно остро касаются специфической категории пациентов — имеющих онкозаболевания. Эта группа больных находится под наблюдением онкологов, но данный факт не исключает их обращения за медицинской помощью по поводу коморбидной патологии к участковым врачам и врачам общей практики. Следует отметить, что одним из компонентов полноценной системы помощи больным, страдающим онкологическими заболеваниями, является создание условий психологической и социальной поддержки, что возможно только при достаточном уровне качества оказания медицинской помощи [7].

Как и другие страны постсоветского пространства, Казахстан в той или иной степени сталкивается с теми же проблемами в отношении вопросов организации здравоохранения в области первичной медико-санитарной помощи населению. Президент Республики Казахстан Н. А. Назарбаев уделяет большое внимание состоянию здоровья населения и поддерживает все реформы, направленные на улучшение процессов, происходящих в общественном здравоохранении. Так, в Государственной программе «Казахстан 2030: Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» одним из приоритетов в жизни общества является здоровый образ жизни, что должно сделать общество здоровым. Важная роль в данных государственных программах отводится деятельности медицинских работников, и в связи с этим особое

значение приобретают вопросы оказания медицинской помощи населению республики и вопросы качества медицинской помощи.

Соответственно изучение вопросов удовлетворенности пациентов с онкозаболеваниями при обращении в амбулаторные лечебно-профилактические учреждения является важным компонентом оценки качества медицинской помощи первичного звена здравоохранения.

Актуальность настоящего исследования в области общественного здравоохранения связана и с тем, что качество амбулаторной медицинской помощи пациентами с онкологическими заболеваниями ранее в Казахстане не изучалось, несмотря на относительно большую распространенность данной категории заболеваний среди населения.

Методы

Проведено поперечное исследование [15, 14], направленное на оценку удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан.

Исследование методом анонимного анкетирования пациентов, обратившихся в амбулаторные медицинские учреждения, было проведено в период с 10 октября 2015 по 30 апреля 2016 года в 34 поликлиниках и амбулаторных медицинских центрах Южно-Казахстанской области. Выборка пациентов была случайной и бесповторной, то есть каждый включенный в исследование пациент участвовал в опросе только один раз.

Используемая для сбора информации анкета включала в себя блоки вопросов, касающихся оценки качества оказанной пациенту медицинской помощи, социально-демографических показателей и частных вопросов по процессу оказания помощи.

Для расчета 95 % доверительных интервалов (ДИ) при оценке распространенности использовался метод Уилсона [4].

Для многомерного анализа использовался метод бинарной логистической регрессии [9]. Данный метод применяется для устранения влияния вмешивающихся факторов, которые потенциально могут влиять на результаты анализа. В данном случае в логистической регрессии зависимой переменной являлась бинарная переменная, характеризующая удовлетворенность качеством медицинской помощи и имеющая значение «0»/«1», причем значение «1» соответствовало указанию пациента на то, что он не удовлетворен качеством оказанной ему помощи, а значение «0» — прочим вариантам оценки (удовлетворенность, относительная удовлетворенность, затруднения при оценке удовлетворенности). Социально-демографические характеристики пациентов, особенности оказания им помощи, отраженные в анкете, вводились в регрессионную модель в качестве независимых переменных. Все независимые переменные вводились в модель методом форсированного (одновременного) ввода.

Количественной мерой оценки влияния различных

факторов на удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью в бинарной логистической регрессии являлось отношение шансов (ОШ).

Нескорректированные ОШ рассчитывались в ходе однофакторного регрессионного анализа, который проводился отдельно для каждой независимой переменной, и в ходе данного анализа оценивалось независимое влияние каждого изучаемого фактора по отдельности. Скорректированные ОШ рассчитывались в результате многофакторного регрессионного анализа, в который все независимые переменные вводились в модель одновременно, и таким образом учитывалось их взаимовлияние и совокупное влияние на зависимую бинарную переменную, характеризующую удовлетворенность пациента оказанной ему медицинской помощью.

Бинарная логистическая регрессия проводилась с помощью статистической программы SPSS 23.0 (IBM Corp, USA), расчет 95 % ДИ — с помощью онлайн-калькулятора «VassarStats: Website for Statistical Computation» (<http://vassarstats.net/>).

Результаты

Исследуемую выборку составили 1 734 пациента с онкозаболеваниями, по различным причинам обратившиеся за медицинской помощью в амбулаторные медицинские учреждения Южно-Казахстанской области и заполнивших оценочную анкету.

Социально-демографические характеристики пациентов — участников исследования представлены в табл. 1.

При изучении выборки пациентов привлек к себе внимание ряд особенностей, связанных в первую очередь с наличием у пациентов онкопатологии: среди обратившихся за амбулаторной помощью пациентов с онкозаболеваниями 31 % составили лица молодого возраста — до 40 лет, 61 % респондентов составили женщины. Также интересен тот факт, что 70 % проанкетированных пациентов проживали в городских условиях, треть выборки составили лица, не имеющие работы, но при этом не являющиеся пенсионерами или инвалидами.

Удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи и некоторыми техническими аспектами ее оказания представлена в табл. 2.

В той или иной мере удовлетворенными оказанной амбулаторной медицинской помощью оказались 72,1 (95 % ДИ: 70,0–74,2) % пациентов, полностью не удовлетворены оказанной помощью 15,7 (95 % ДИ 14,1–17,5) % пациентов.

При этом более трети респондентов испытывали трудности при записи на амбулаторный прием к врачу, 29 % пациентов по прибытии в лечебное учреждение ожидали приема врача более 30 мин. У двух третей во время приема сложилось впечатление, что врач их торопил и ограничивал тем самым время приема.

На удовлетворенность (или неудовлетворенность) пациента качеством оказанной медицинской помощи может оказывать влияние большое число факторов, поэтому для обработки данных потребовалось

Таблица 1

Характеристика изучаемой выборки	
Показатель	N (%)
Всего	1734 (100,0)
Возрастная категория	
18–24 лет	85 (4,9)
25–29 лет	149 (8,6)
30–39 лет	304 (17,5)
40–49 лет	392 (22,6)
50–59 лет	470 (27,1)
60–69 лет	322 (18,6)
70 лет и старше	12 (0,7)
Пол	
Мужчины	681 (39,3)
Женщины	1053 (60,7)
Место проживания	
Город	1219 (70,3)
Сельская местность	515 (29,7)
Образование	
Начальное	133 (7,7)
Неполное среднее	183 (10,6)
Среднее	200 (11,5)
Среднее специальное	403 (23,2)
Незаконченное высшее	177 (10,2)
Высшее	638 (36,8)
Социальный статус	
Работники и служащие	570 (32,9)
Военнослужащие	14 (0,8)
Учащиеся	121 (7,0)
Пенсионеры	406 (23,4)
Безработные	580 (33,4)
Инвалиды	43 (2,5)

Таблица 2

Оценка пациентами качества и процесса оказания медицинской помощи по результатам анкетирования

Показатель	N (%)
Всего	1734 (100,0)
Удовлетворенность оказанной медицинской помощью	
Удовлетворены	492 (28,4)
В основном удовлетворены	758 (43,7)
Не удовлетворены	273 (15,7)
Затруднились ответить	211 (12,2)
Наличие затруднений при записи к врачу на прием	
Имелись	620 (35,8)
Не имелись	1114 (64,2)
Длительность ожидания приема врача	
До 15 мин	474 (27,3)
От 15 до 30 мин	766 (44,2)
От 30 мин до 2 час	494 (28,5)
Торопил ли врач пациента во время приема	
Торопил	295 (17,0)
В основном торопил	799 (46,1)
Не торопил	484 (27,9)
Затруднились ответить	156 (9,0)

использовать бинарную логистическую регрессию – многомерный метод анализа, позволяющий учи-

тывать совокупное влияние различных факторов на показатель исхода (в данном случае исходом является зафиксированная пациентом в анкете неудовлетворенность оказанной медицинской помощью).

В табл. 3 представлены результаты однофакторной и многофакторной бинарной логистической регрессии.

Таблица 3

Результаты бинарного логистического регрессионного анализа удовлетворенности пациентов с онкопатологией качеством медицинской помощи

Показатель	Нескорректированные отношения шансов	Скорректированные отношения шансов
	ОШ (95% ДИ)	ОШ (95% ДИ)
Возрастная категория		
18–24 лет	1 (референтная)	1 (референтная)
25–29 лет	0,94 (0,44; 2,04)	0,50 (0,26; 1,93)
30–39 лет	1,17 (0,59; 2,31)	0,47 (0,25; 1,90)
40–49 лет	1,39 (0,72; 2,70)	0,68 (0,30; 2,21)
50–59 лет	1,05 (0,52; 2,06)	0,40 (0,23; 1,80)
60–69 лет	2,03 (0,48; 8,58)	0,61 (0,20; 1,89)
70 лет и старше	2,03 (0,48; 8,58)	1,69 (0,24; 11,86)
Пол		
Мужчины	1,30 (1,00; 1,69)	1,43 (1,03; 1,99)
Женщины	1 (референтная)	1 (референтная)
Место проживания		
Город	1 (референтная)	1 (референтная)
Сельская местность	2,00 (1,54; 2,61)	2,73 (1,97; 3,78)
Образование		
Начальное	1 (референтная)	1 (референтная)
Неполное среднее	0,76 (0,41; 1,40)	0,73 (0,35; 1,52)
Среднее	0,91 (0,51; 1,64)	0,83 (0,41; 1,69)
Среднее специальное	0,85 (0,50; 1,44)	0,78 (0,41; 1,49)
Незаконченное высшее	0,90 (0,49; 1,64)	1,48 (0,63; 3,48)
Высшее	0,93 (0,58; 1,53)	0,95 (0,51; 1,78)
Социальный статус		
Работники и служащие	1 (референтная)	1 (референтная)
Военнослужащие	Недостаточно наблюдений	Недостаточно наблюдений
Учащиеся	0,58 (0,30; 1,12)	0,71 (0,24; 2,12)
Пенсионеры	1,04 (0,73; 1,49)	1,61 (0,90; 2,88)
Безработные	1,28 (0,94; 1,75)	1,56 (1,06; 2,31)
Инвалиды	1,99 (0,97; 4,10)	2,09 (0,83; 5,24)
Наличие затруднений при записи к врачу на прием		
Имелись	21,50 (14,60; 31,66)	24,52 (16,39; 36,69)
Не имелись	1 (референтная)	1 (референтная)
Длительность ожидания приема врача		
До 15 мин	1 (референтная)	1 (референтная)
От 15 до 30 мин	1,30 (0,93; 1,80)	1,34 (0,91; 1,98)
От 30 мин до 2 час	1,49 (1,05; 2,12)	1,55 (1,02; 2,36)
Торопил ли врач пациента во время приема		
Торопил	1 (референтная)	1 (референтная)
В основном торопил	0,95 (0,66; 1,36)	1,07 (0,70; 1,65)
Не торопил	0,93 (0,63; 1,38)	1,06 (0,67; 1,69)
Оценка затруднена	1,08 (0,64; 1,81)	1,22 (0,66; 2,26)

Изолированный учет влияния различных факторов в процессе однофакторного регрессионного анализа продемонстрировал, что негативно оценивать качество оказанной помощи в 1,3 раза более склонны мужчины, чем женщины. Пациенты с онкологическими заболеваниями, проживающие в сельской местности, в 2 раза более склонны негативно оценивать качество оказанной помощи по сравнению с городскими жителями. На негативную оценку качества оказанной помощи статистически значимо влияла длительность ожидания приема — при ожидании пациентом приема более 30 мин по сравнению со временем ожидания менее 15 мин склонность к негативной оценке была в 1,5 раза больше.

При этом ключевое влияние на негативную оценку качества оказанной помощи оказали трудности при записи на прием к врачу: при наличии данных трудностей негативная оценка наблюдалась в 22 раза чаще.

Многофакторный регрессионный анализ, учитывающий совокупное влияние всех регистрируемых факторов, продемонстрировал аналогичные статистически значимые тенденции, изменения коснулись только количественной характеристики влияния: отмечено статистически значимое влияние на негативную оценку проблем при записи на прием к врачу (ОШ 24,5 (95 % ДИ 16,4; 36,7)), длительности ожидания приема врача более 30 мин (ОШ 1,6 (95 % ДИ 1,0; 2,4)), мужской пол (ОШ 1,4 (95 % ДИ 1,0; 2,0)) и проживание в сельской местности (ОШ 2,7 (95 % ДИ 2,0; 3,8)).

Обсуждение результатов

Результаты проведенного социологического исследования показали, что удовлетворенными первичной медицинской помощью с 95 % вероятностью являются 70–74 % пациентов с онкозаболеваниями, а неудовлетворенными — 14–18 %.

Полученные в результате многомерного анализа результаты позволили выявить основные факторы, оказывающие влияние на оценку качества оказанной первичной медицинской помощи пациентам с онкозаболеваниями. Ключевым фактором, заставляющим пациентов данной категории негативно оценивать качество помощи, является трудность записи к врачу, вторым фактором — большая длительность ожидания приема врача.

Немодифицируемыми факторами негативной оценки оказанной помощи являлись мужской пол и проживание в сельской местности.

Таким образом, при планировании организации амбулаторной медицинской помощи населению целесообразно акцентировать внимание на важных для пациентов организационных вопросах — обеспечении удобной записи к врачу первичного звена и режима работы врача таким образом, чтобы время ожидания приема было оптимальным.

Основными преимуществами настоящего исследования являются большой объем и репрезентативность выборки, позволившие получить достаточно узкие

95 % ДИ и с большей долей уверенности транслировать полученные выборочные результаты на генеральную совокупность пациентов с онкозаболеваниями. Преимуществом проведенного исследования также является проведение анкетирования пациентов в большом количестве амбулаторно-поликлинических учреждений, что позволило нивелировать локальные различия между данными учреждениями по качеству оказанной помощи. Не менее важным достоинством проведенной работы является использование многомерного анализа данных, что позволило учесть влияние основных вмешивающихся факторов, потенциально способных исказить результаты исследования.

К недостаткам исследования следует отнести включение в анализ амбулаторных учреждений только одного из регионов Казахстана, отсутствие разделения пациентов по нозологии и неиспользование балльного ранжирования оценки качества оказанной помощи. Тем не менее имеющиеся недостатки не влияют на результат исследования.

Интересным представляется сравнение результатов оценки качества амбулаторной помощи пациентам, полученных на выборке из Южно-Казахстанской области, с результатами аналогичных исследований, проведенных в других странах. При этом такие сравнения связаны с определенными трудностями, так как в подобных исследованиях по качеству медицинской помощи оценивалось либо оказание специализированной онкологической помощи пациентам, либо оказание помощи пациентом с различной соматической патологией без выделения пациентов с онкозаболеваниями.

Тем не менее в этой связи целесообразно рассмотреть исследование, проведенное в период с 2009 по 2011 год в одном из онкологических диспансеров Москвы, в ходе которого были опрошены 535 пациентов [7]. Удовлетворенными результатами медицинского обслуживания были 97 % пациентов, неудовлетворенными — 3 %. Результаты опроса позволили выявить два ключевых недостатка оказания первичной специализированной помощи пациентам с онкозаболеваниями — наличие очередей у кабинетов (отметили 30–36 % пациентов), значительные временные затраты, требующиеся на посещение врача (отметили 57 % пациентов), недостатки в работе регистратуры (отметили 9 % опрошенных). Результаты данного исследования в части факторов, влияющих на удовлетворенность качеством медицинской помощи, в достаточной мере согласуются с результатами, полученными в ходе нашего исследования.

В контексте полученных результатов большой интерес представляет социологическое исследование, проведенное в г. Бугуруслане Оренбургской области, в котором была оценена удовлетворенность населения города качеством медицинской помощи [11]. В результате опроса 523 респондентов выявлено, что амбулаторной помощью не удовлетворены 15 % населения города.

Крупномасштабное исследование, охватившее 1 960 пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений Архангельской области, обнаружило, что качеством оказанной первичной медицинской помощи не удовлетворен каждый третий пациент [8]. В результате проведенного многомерного анализа данных были выявлены факторы, статистически влияющие на неудовлетворенность пациентов качеством оказанной помощи, к числу которых относился уровень доходов респондента, уровень образования, наличие дополнительных трат, недоброжелательность со стороны врача и др. Отмечено, что неудовлетворенность графиком работы поликлиники повышает шансы быть неудовлетворенным качеством амбулаторной помощи в 7,4 раза. Интересен тот факт, что по результатам данного исследования проживание в сельских районах, в отличие от нашего исследования, не повышает, а снижает шансы респондента быть не удовлетворенным оказанной помощью на 23–27 %.

В целом результаты проведенного исследования в достаточной мере согласуются с результатами подобных социологических исследований, проводимых среди пациентов — пользователей услуг амбулаторно-поликлинических учреждений.

Таким образом, проведенная оценка удовлетворенности пациентов с онкологическими заболеваниями качеством оказанной амбулаторно-поликлинической помощи показала, что не удовлетворены качеством помощи 14–18 % проживающих в Южно-Казахстанской области пациентов с онкозаболеваниями. Модифицируемыми факторами, повышающими шансы пациентов быть не удовлетворенными оказанной помощью, являются трудности при записи на прием к врачу и длительное ожидание приема у кабинета врача. Соответственно органам управления здравоохранением Казахстана целесообразно обратить внимание на организационные мероприятия, направленные на упорядочение процесса записи на прием к врачу и процесса приема врачом пациентов с онкозаболеваниями в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Список литературы

1. Александров М. Ю., Дюльдин В. А., Асташева О. В., Мазейн Д. А. Социологическая оценка качества медицинской помощи в поликлинике муниципального образования // Уральский медицинский журнал. 2012. № 12. С. 109–111.
2. Антипова С. И., Горячева Е. В. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Белоруссии // Медицинские новости. 2005. № 2. С. 15–21.
3. Гольшев А. Я., Носырева О. М. Концепция создания системы управления качеством в лечебно-профилактических учреждениях // Проблемы управления здравоохранением. 2005. № 4. С. 22–29.
4. Гржибовский А. М. Анализ номинальных данных (независимые наблюдения) // Экология человека. 2008. № 6. С. 58–68.
5. Гуськова Н. И., Брумштейн Ю. М., Минакова Е. И., Рыжова Е. А. Анализ методов мониторинга, оценки и

управления качеством медицинской помощи населению в городских поликлиниках общего профиля по месту жительства // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. 2008. № 3. С. 73–78.

6. Климин В. Г., Харламова Н. А. Работа Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю качества оказания медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. 2009. № 4. С. 18–20.

7. Когония Л. М., Федотов А. Ю. Анализ социологического опроса онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 2. С. 42–43.

8. Меньшикова Л. И., Дьячкова М. Г., Вязмин А. М., Светличная Т. Г., Мордовский Э. А. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 5. С. 1–14.

9. Наследов А. SPSS 19: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2011. 400 с.

10. Плавинский С. Л., Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В., Моисеева И. Е. Индикаторы качества работы амбулаторно-поликлинического учреждения, основанные на оценке исходов и процесса оказания медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. 2010. № 2. С. 100–105.

11. 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.

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

13. 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.

14. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1998. 352 с.

15. Холматова К. К., Горбатова М. А., Харьковская О. А., Гржибовский А. М. Поперечные исследования: планирование, размер выборки, анализ данных // Экология человека. 2016. № 2. С. 49–56.

16. Шарабчиев Ю. Т., Дудина Т. В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013. № 4. С. 16–34.

17. Шестакина Н. В., Рындина В. В. Оценка качества медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда в Липецкой области // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2015. № 4. С. 59–60.

References

1. Aleksandrov M. Y., Dyulidin V. A., Astasheva O. V., Mazein D. A. Sociological assessment of medical care quality in outpatients medical institutions. *Ural'skii meditsinskii zhurnal* [Ural medical journal]. 2012, 12, pp. 109-111. [in Russian]
2. Antipova S. I., Goryacheva E. V. Survey for medical care quality in Belarus. *Meditsinskie novosti* [Medical news]. 2005, 2, pp. 15-21. [in Russian]
3. Golyshv A. Y., Nosyeva O. M. Conception if medical care management in healthcare institutions. *Problemy*

upravleniya zdavookhraneniem [Problems of healthcare management]. 2005, 23, pp. 22-29. [in Russian]

4. Grjibovski A. M. Analysis of nominal data (independent samples). *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2008, 6, pp. 58-68. [in Russian]

5. Guskova N. I., Brumshtejn Y. M., Minakova E. I., Ryzhova E. A. Analysis of monitoring and assessment methods of medical care quality in city outpatient institutions. *Prikaspiiskii zhurnal: upravlenie i vysokie tekhnologii* [Prikaspiyski journal: management and high technologies]. 2008, 3, pp. 73-78. [in Russian]

6. Klimin V. G., Harlamova N. A. Activity of Sverdlovsk district Ministry of Healthcare for control healthcare quality. *Vestnik Roszdravnadzora* [Harold of Roszdravnadzor]. 2009, 4, pp. 18-20. [in Russian]

7. Kogoniya L. M., Fedotov A. Y. Survey with oncological patients for healthcare problems revealing. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, public health and history of medicine]. 2012, 2, pp. 42-43. [in Russian]

8. Menshikova L. I., Dyachkova M. G., Vyazmin A. M., Svetlichnaya T. G., Mordovskij E. A. Satisfaction of patients from Archangelsk district with primary healthcare. *Socialnye aspekty zdorovya naseleniya* [Social Aspects of Population Health]. 2013, 5, pp. 1-14. [in Russian]

9. Nasledov A. SPSS 19: *professional'nyi statisticheskii analiz dannykh* [SPSS: professional data analysis]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2011, 400 p.

10. Plavinskij S. L., Kuznecova O. Y., Frolova E. V., Moiseeva I. E. Indicators of healthcare quality activity. *Vestnik Sankt-Peterburgskoi meditsinskoj akademii poslediplomnogo obrazovaniya* [Harold of St. Petersburg Medical Academy of postgraduate study]. 2010, 2, pp. 100-105. [in Russian]

11. Redyukov A. V. The survey of population's opinion on the satisfaction with health care quality within the municipal urban area. *Byulleten' natsional'nogo 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]

12. Reshetnikov A. V. Evolution of medical sociology. *Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of medicine]. 2012, 21, pp. 4-10. [in Russian]

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

14. 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.

15. Kholmatova K. K., Gorbatova M. A., Kharkova O. A., Grjibovski A. M. Cross-sectional studies: planning, sample size, data analysis. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016, 2, pp. 49-56. [in Russian]

16. Sharabchiev Y. T., Dudina T. V. Availability and quality of healthcare: components of success. *Mezhdunarodnye obzory: klinicheskaya praktika i zdorove* [International reviews: clinical practice and health]. 2013, 4, pp. 16-34. [in Russian]

17. Shestavina N. V., Ryndina V. V. Healthcare quality assessment for acute myocardial infarction in Lipetsk district. *Elektronnyi nauchno-obrazovatel'nyi vestnik «Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke»* [Digital science and educational Harold: "health and education in XXI century"]. 2015, 4, pp. 59-60. [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; профессор, 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.Grjibovski@gmail.com