

В.Б. Ягмур, к.м.н., ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Підсумки анкетування пацієнтів із біліарними захворюваннями з питань якості надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах



В.Б. Ягмур

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, факторами, що впливають на здоров'я людини, є умови та спосіб життя (50-55%), генетика (15-20%), зовнішнє середовище (20-25%) і рівень системи охорони здоров'я (8-10%).

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

Умовна класифікація чинників невідвідування поліклінік передбачає розподілення на фактори, що залежать від пацієнта, та фактори клініки. У дослідницькій літературі серед пов'язаних із пацієнтом факторів розглядаються такі: молодий вік, низький соціальний статус, проблеми з транспортним сполученням, велика відстань до лікувального заходу, неможливість пропустити роботу, відсутність догляду за малими дітьми під час відвідування клініки. Частина хворих зупиняє побоювання почути погані новини про стан свого здоров'я. Так, за даними Festinger і співавт., після різноманітних діагностичних інтервенцій кількість пропущених візитів до лікаря зростає з 28 до 45%. Існує категорія хворих, які не бажають проведення різних діагностичних втручань, необхідних для встановлення діагнозу. Зупиняє пацієнтів також трата великої кількості часу в чергах та незгодність з попередньо призначеним лікуванням. Фактори, пов'язані з емоціями пацієнта, – високий ступінь небажання внаслідок психологічних проблем і незрозуміння попередніх призначень. До емоційних бар'єрів належать також неповага з боку робітників клініки – за даними N.L. Lasy, A. Paulman, її відчувають до 44% пацієнтів.

За кордоном проблема невідвідування поліклінік широко досліджується та обговорюється. A.J. Mitchell, T. Selmes підрахували економічні збитки від пропущених візитів до лікарів. Виявилось, що вартість нездійснених прийомів становить близько 360 млн доларів щорічно. За різними даними, не приймають призначення лікування до 42% пацієнтів. Зарубіжна система охорони здоров'я вдається до різноманітних заходів для зменшення невідвідування поліклінік: спілкування по телефону, надсилання листів, забезпечення транспортом спеціально для відвідування планової консультації.

Вищезгадані емоційні проблеми з боку пацієнта тісно пов'язані з факторами клініки, а саме із взаємодією з лікарем. Задоволення пацієнта прямо залежить від реалізації його очікувань. І хоча дані щодо залежності покращення стану пацієнта від його задоволення досить суперечливі, у деяких дослідженнях доведено прямий зв'язок між зникненням симптомів та здійсненням очікувань. Так, R.L. Kravitz, E.J. Callahan показали, що хворі, які не отримують задоволення від прийому в лікаря, або не мають стійкого результату, або займаються самолікуванням. Менш вірогідно, що незадоволений пацієнт буде виконувати рекомендації; в кращому випадку він звернеться за допомогою до іншого спеціаліста, в гіршому – зовсім залишиться без нагляду.

Треба зазначити, що часто погляди на процес спілкування у лікаря та пацієнта відрізняються. За даними J.K. Zemencuk, J.W. Feightner, якщо лікарі за мету

прийому ставлять призначення обстежень та лікування, то пацієнти найчастіше очікують інформації. R.A. Deyo, A.K. Diehl і співавт. показали, що серед пацієнтів з болями в спині, які сподівалися отримати направлення на рентгенологічне дослідження, однаково задоволені були й ті, які отримали призначення на це дослідження, і ті, з якими замість цього призначення провели докладну бесіду стосовно їх захворювання та лікування. Інший приклад: пацієнти з тонзилітом, які отримали інформацію про лікування, мали більшу частоту покращення стану та задоволення, ніж хворі, які вийшли від лікаря лише з призначеннями.

З огляду на вищезазначене на перший план виступає особистість лікаря. Вона складається з його гуманізму, компетенції (як її сприймає хворий) та комунікативних навичок. Останні, за дослідженнями S.K. Joos, D.H. Nickam, можуть компенсувати брак усього іншого. F.D. Duffy навіть розмістив поради щодо комунікативних навичок, які використовують політики та спеціалісти з реклами для впливу на потенційних клієнтів.

Американська академія лікаря та пацієнта (AAPP) прийняла основний стандарт для медичного опитування, у якому три основні положення: збір інформації, налагодження взаємовідносин та інформування пацієнта. F.W. Platt, D.L. Gasparг припускають, що лікарю треба вказувати «поважну увагу» задля встановлення довірливих стосунків із пацієнтом. Так, велика частина пацієнтів відвідує клініку з думкою про своє захворювання, що склалася завдяки інформації з численних джерел (доступної популярної літератури, телевізійних передач, Інтернету тощо). Завдання лікаря – довідатися, що пацієнт уже знає та що він думає про свою проблему. Це дозволить адаптувати лікарські пояснення до поглядів пацієнта та залучити останнього до участі в лікувальному процесі. Сказане стосується процесу інформування пацієнта та відображає так званий зосереджений на ньому підхід. Цей підхід, окрім рідкісних випадків зловживання, приводить до задоволення пацієнта та забезпечує комплаєнс – згоду виконувати призначення лікаря.

За даними закордонних дослідників, очікування від візиту до лікаря у чверті пацієнтів не виправдовуються. В умовах вітчизняної медицини існують ті ж проблеми. Пацієнти скаржаться на те, що лікарі їх не вислуховують, поспішають, не дозволяють брати участь в обговоренні лікування. У свою чергу, лікарі вказують на брак часу для подібного спілкування. Усі ці проблеми поглиблюються як економічним станом охорони здоров'я, так і матеріальним станом самого хворого: система не може забезпечити якісне безкоштовне обстеження та лікування, а в пацієнта часто не вистачає коштів на оплату відповідних медичних заходів із власної кишені. Проте попри економічні проблеми, існують ще й емоційні чинники, усунення яких могло б сприяти більш якісному спостереженню за хворим.

Метою нашого дослідження було вивчення думки пацієнтів щодо питань якості надання медичної допомоги в разі біліарної патології в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Матеріали і методи

Для досягнення мети дослідження нами було розроблено оригінальну анкету, яка містить 17 запитань з приводу оцінки якості медичної допомоги (ЯМД). До анкети увійшли запитання-«меню», тобто запитання з поліваріантними відповідями, коли респондент може

вибрати будь-яке поєднання варіантів відповідей, та питання, що припускають один з 3 варіантів відповіді («так», «ні», «не могу визначитись»). У низці запитань передбачалося, що респондент напише те, що вважає за необхідне, в спеціально відведеному рядку. Дані про пацієнта, який заповнив анкету, містили 5 запитань, що характеризують соціальний статус (вік, стать, сімейний стан, соціальне становище, середньомісячний дохід).

Анкетування проводили протягом поточного року серед осіб, які мешкають у м. Дніпропетровську та Дніпропетровській області. Був проведений аналіз результатів опитування 300 хворих (198 жінок та 102 чоловіків), які знаходяться на диспансерному обліку з приводу хронічних біліарних захворювань. Анкета заповнювалася пацієнтами самостійно та була анонімною.

Отримані дані з метою оптимізації математичної обробки вводилися в базу програми Statistica 6. Використовувалась описова та індуктивна статистика. Параметричні дані у випадку їх нормального розподілення були представлені середнім значенням (M) та стандартним відхиленням (m). Для категоріальних ознак указувалась їх частота, для виявлення зв'язку між ознаками використовувалась критерій Пірсона χ^2 та M-L χ^2 .

Результати

Біліарні захворювання розподілялись таким чином: жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) була у 86 (28,7%) пацієнтів, з них холецистектомію перенесли 57 (66,3 %) осіб; на хронічний безкам'яний холецистит страждали 214 (71,3%) хворих. На ЖКХ у 3 рази частіше страждали жінки (37,4% жінок проти 11,8% чоловіків), що в цілому відповідає гендерному розподіленню цієї патології. Ускладнення калькульозного холециститу розвинулись у 65 пацієнтів (75,6%): механічна жовтяниця була у 25,0% хворих, емпієма та проривання жовчного міхура – у 7,2 та 1,8% осіб відповідно, холангіт – у 7,2% та панкреатит унаслідок холелітіази – у 75,0% пацієнтів.

Одружених серед опитаних було 230 (76,7%) осіб, неодружених – 33 (11,0%), розлучених – 37 (12,3%) пацієнтів. 89 хворих (29,7%) були службовцями, робітниками – 67 (22,3%), пенсіонерами – 101 (33,7%), студентами – 9 (3,0%) осіб; тимчасово не працювали та не вчилися 34 (11,3%) пацієнти. Середньомісячний дохід до 1 тис. гривень мали 165 (55,0%) хворих, від 1 до 3 тис. – 113 (37,7%), понад 3 тис. – лише 22 пацієнти (7,4%). Тимчасово непрацюючі пацієнти та пенсіонери частіше мали мінімальний дохід, в інших випадках рівень доходів не залежав від соціального становища.

Терміни звернення до лікарів після початку хвороби були такі: відразу звернулися 48 (16,0%) пацієнтів, протягом кількох днів – 82 (27,3%) особи, протягом року – 97 (32,3%) хворих, більш ніж через рік – 73 (24,3%) пацієнти. Не було виявлено залежності виду біліарної патології від термінів звернення хворих до поліклінік, часто діагноз ЖКХ визначався в ході першого візиту хворого з урахуванням тривалого часу поганого самопочуття.

У таблиці 1 відображено патологію органів травлення, що сполучалась із захворюваннями біліарних шляхів у досліджених пацієнтів. Більш ніж у двох третин хворих був хронічний панкреатит, майже у кожного третього – хронічний гастродуоденіт. Хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки мали місце майже в кожного другого (47,7%) пацієнта. Не виявлено залежності між наявністю жовчного міхура та сполученою патологією органів травлення. З однаковою частотою остання спостерігалась як у хворих на ЖКХ, так і на хронічний безкам'яний холецистит.

Продолжение на стр. 50.

В.Б. Ягмур, к.м.н., ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Підсумки анкетування пацієнтів із біліарними захворюваннями з питань якості надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах

Продолжение. Начало на стр. 49.

Таблиця 1. Патологія органів травлення, що супроводжувала біліарні захворювання

Патологія	Частота	
	n	%
Хронічний панкреатит	215	71,7
Хронічний гастродуоденіт	96	32,0
Виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки	44	14,7
Хронічний гепатит	79	26,3
Хронічний коліт	82	27,3

Не мали інших захворювань, крім захворювань органів травлення, лише 29,3% опитаних. Розподілення частоти супутньої патології залежно від віку представлено на рисунку 1. Патологія серцево-судинної системи спостерігалась у 47,0% осіб, опорно-рухового апарату – у 29,0%, на хвороби сечостатевої та бронхолегеневої системи страждали відповідно 25,0 та 5,6% пацієнтів.

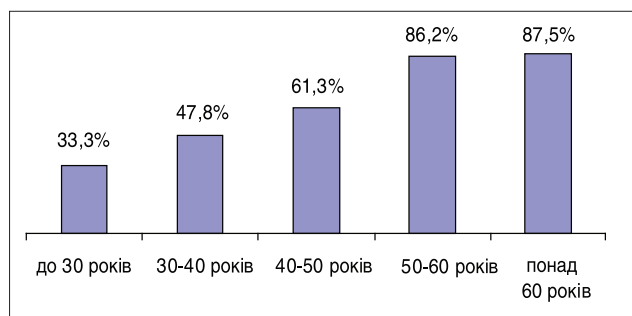


Рис. 1. Частота наявності супутньої патології залежно від віку пацієнтів

Показники, наведені в таблиці 2, демонструють частоту звернення опитаних пацієнтів до терапевта та гастроентеролога.

Таблиця 2. Частота звернення пацієнтів до спеціалістів

Частота відвідування за рік	Терапевт		Гастроентеролог	
	n	%	n	%
1-2 рази	133	44,3	90	30,0
3-4 рази	66	22,0	32	10,7
Більше 5 разів	38	12,7	23	7,7
Взагалі не відвідує	63	21,0	155	51,6

В таблиці 3 наведено дані про можливість проходження окремих досліджень в умовах дільничної поліклініки.

Таблиця 3. Можливість проходження досліджень у дільничній поліклініці

Види досліджень	Можливість дослідження					
	існує		не існує		не знаю	
	n	%	n	%	n	%
Рентгенологічне	147	49	32	10,7	121	40,3
Сонографічне	192	64,0	39	13,0	69	23,0
Ендоскопічне	114	38,0	49	16,3	137	45,7
Ректоскопія	38	12,7	63	21,0	199	66,3
Дуоденальне зондування	57	19,0	60	20,0	183	61,0
Визначення шлункової секреції	59	19,7	59	19,7	182	60,6
Лабораторні дослідження	178	59,3	23	7,7	99	33,0

Приватні клініки відвідували 19,0% (57) пацієнтів. Слід зазначити, що 59,9; 41,6 та 30,7% хворих, які мали можливість пройти безкоштовне сонографічне, лабораторне та ендоскопічне дослідження відповідно за місцем мешкання, віддали перевагу проведенню їх у приватних клініках (рис. 2). До спеціаліста платної клініки зверталися 32,7% пацієнтів.

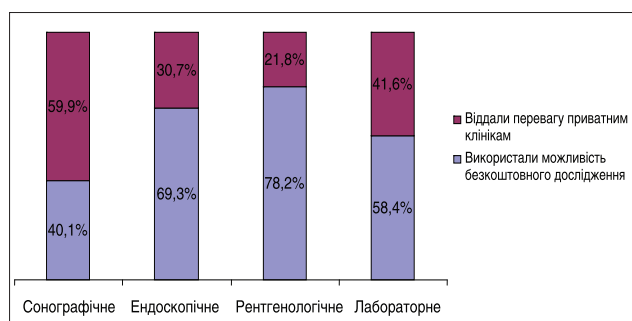


Рис. 2. Використання платних та безкоштовних досліджень

Серед причин, через які пацієнти не звертаються до дільничної поліклініки, переважає відсутність довіри до результатів обстеження (рис. 3). Майже з однаковою частотою в якості чинника виступають матеріальні обмеження пацієнтів і необхідність вистояти великі черги на прийом та проходження досліджень. У кожного четвертого хворого відсутня довіра до лікаря, на грубість медичного персоналу нарікають 15,3% опитаних.

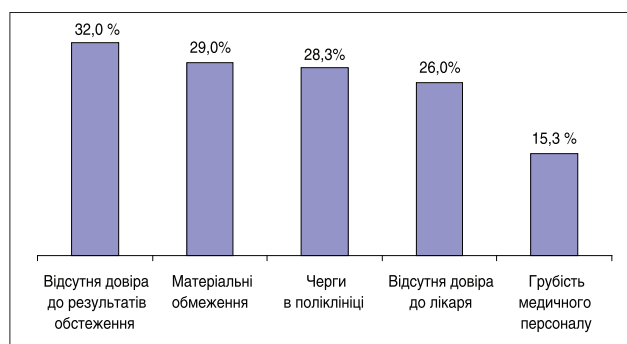


Рис. 3. Причини, через які хворі не зверталися до поліклініки за місцем проживання

Несподівана залежність ($p < 0,001$) знайдена між доходом опитаних та наявністю в них недовіри до лікаря. Так, пацієнти з доходом понад 3 тис. грн частіше не довіряють лікарю дільничної поліклініки, ніж хворі з більш низьким доходом (рис. 4).

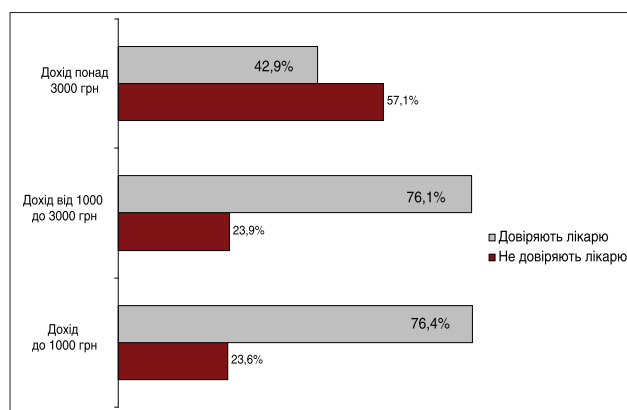


Рис. 4. Залежність частоти недовіри до лікаря від доходів пацієнтів

Існує також передбачувана залежність ($p < 0,001$) між доходом і частотою невідвідування поліклініки внаслідок матеріальних чинників; так, через брак коштів поліклініку не відвідують 36,0% пацієнтів з доходом до 1 тис. грн, 25,0% – з доходом від 1 до 3 тис. грн; зовсім не назвали цей чинник пацієнти з доходом понад 3 тис. грн.

Разом з тим залежності частоти відвідувань приватної клініки від доходу пацієнтів, недовіри до дільничного лікаря та черг у поліклініці за місцем проживання не виявлено. Натомість має місце зв'язок між частотою відвідувань приватної клініки та відмовою пацієнта відвідувати дільничну поліклініку внаслідок неповаги з боку медичного персоналу ($p < 0,001$) (рис. 5). Так, пацієнти, які отримували медичну допомогу в приватних клініках, значно частіше нарікали на неповагу з боку медичних працівників дільничних поліклінік (84,7 проти 15,5%).

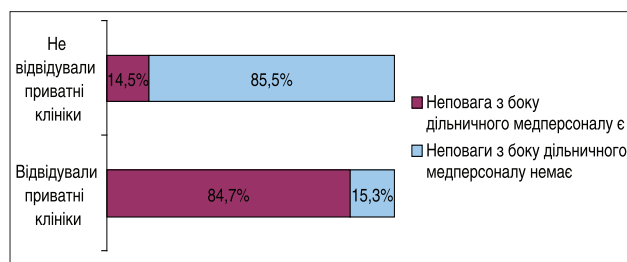


Рис. 5. Оцінка ставлення медичного персоналу до пацієнтів

У цілому на задоволеність рівнем допомоги в поліклініці за місцем проживання вказують лише 28,7% (86) хворих, незадоволені медичним обслуговуванням 29,0% (87) відвідувачів поліклінік, не можуть визначитися 42,3% (127) пацієнтів (рис. 6). Цікавим фактом є відсутність залежності задоволеності пацієнта від роботи дільничної поліклініки та відвідування їм спеціалістів, які працюють у приватних

закладах. На частоту незадоволеності допомогою не впливали вік, стать і соціальний стан пацієнтів. Виявлено залежність цього фактора від недовіри до лікарів і проведених обстежень ($p < 0,01$), у той же час наявність черг у поліклініках на цей чинник не впливала ($p > 0,05$). Приватні клініки відвідали близько третини (35,6%) пацієнтів, незадоволених допомогою в дільничній поліклініці.

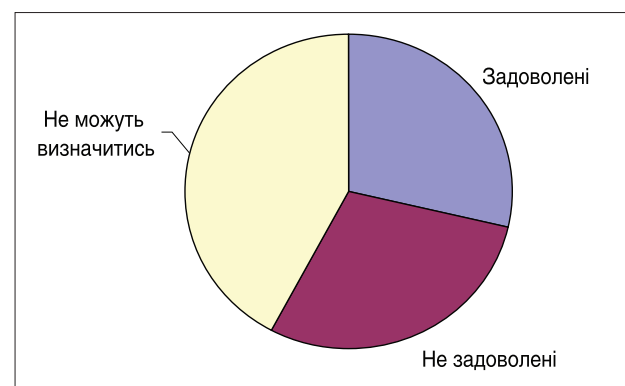


Рис. 6. Задоволеність пацієнтів рівнем допомоги в поліклініці за місцем проживання

Рекомендації щодо харчування, режиму праці та відпочинку отримували від лікарів 67,8% пацієнтів. Більшість хворих виконувала поради лікаря: 51,0% – повністю, 45,0% – частково (рис. 7). Не виявлено залежності від задоволеності допомогою та виконанням рекомендацій: майже з однаковою частотою їх виконували і задоволені, і незадоволені пацієнти.

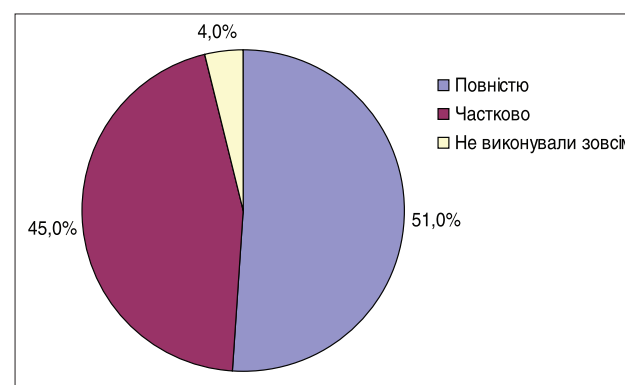


Рис. 7. Виконання пацієнтами порад дільничного лікаря

У 72,0% пацієнтів тривалість задовільного самопочуття становила до 6 міс, у 30,3% – від 6 міс до 1 року; не мали скарг більше року лише 11,7% хворих. Залежності тривалості задовільного самопочуття від виконання рекомендацій та частоти відвідування поліклініки не виявлено.

Таким чином, близько двох третин пацієнтів, які мають захворювання жовчовивідних шляхів і жовчного міхура та знаходяться на обліку в поліклініках Дніпропетровської області, становлять жінки. Середньомісячний дохід більш ніж половини пацієнтів менше 1 тис. грн. Значна частина хворих (56,6%) уперше звернулися до лікаря в період ≥ 12 міс від початку захворювання. Лише в третини опитаних мала місце виключно патологія органів травлення. З віком частота поєднання останньої з хворобами інших систем організму збільшувалася. Значна частина пацієнтів з тих, хто має можливість пройти безкоштовне обстеження за місцем проживання, віддає перевагу обстеженню в приватних клініках. Серед причин, через які пацієнти не звертаються до дільничної поліклініки, переважають відсутність довіри до результатів обстеження та низький матеріальний статус. Разом з цим дослідження показало, що приватні клініки з однаковою частотою відвідують люди з різним матеріальним становищем, найчастіше пацієнти, яких не влаштовує неналежне ставлення з боку медичного персоналу поліклінік за місцем проживання. За даними опитування, на задоволеність допомогою в поліклініці вказує менш ніж третина пацієнтів. Тільки третина незадоволених звернулася у приватні клініки – решта взагалі не отримувала медичної допомоги.

Список літератури знаходиться в редакції.