

## ОБ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЛЕЧЕНИЕМ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Канд. мед. наук Е. А. НАУМОВА, проф. Ю. Г. ШВАРЦ

### ON SATISFACTION OF THE PATIENTS WITH THE TREATMENT IN A HOSPITAL FOR INTERNAL DISEASES

E. A. NAUMOVA, Yu. G. SCHWARZ

*Саратовский государственный медицинский университет, Российская Федерация*

**Рассмотрены факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов лечением в терапевтической клинике. Сделан вывод, что удовлетворенность лечением имеет не меньшее значение, чем характеристики качества жизни больного.**

*Ключевые слова: удовлетворенность лечением, терапевтический стационар.*

**The factors influencing satisfaction of the patients with the treatment in a hospital for internal diseases are discussed. The authors conclude that satisfaction with the treatment is not less important than the quality of life of the patient.**

*Key words: satisfaction with the treatment, hospital for internal diseases.*

В последние годы все больше внимания уделяется удовлетворенности пациента лечением, которая, наряду с улучшением прогноза и качества жизни, является по сути одной из главных целей деятельности врача [1–3]. Удовлетворенность лечением — сложное понятие, зависящее не только от качества медицинской помощи, но и от индивидуальных характеристик самого пациента: тяжести заболевания, отношения к болезни, системы жизненных ценностей и т. п. Более того, восприятие непосредственно лечащим врачом удовлетворенности пациента лечением, вероятно, отличается от восприятия самого пациента, как и целый ряд других показателей, оцениваемых врачами и их пациентами достаточно неодинаково [4–7].

В литературе также обсуждается возможная связь удовлетворенности лечением с последующим выполнением врачебных рекомендаций [8–11]. Следует признать крайне малую изученность этой проблемы. Зарубежные авторы указывают на уважительное и внимательное отношение к пациенту, как на наиболее значимый фактор, от которого зависит его удовлетворенность лечением [12, 13]. Упоминается также значение информации о заболевании, предоставляемой пациенту, его дополнительного обучения, привлечение семьи [14, 15]. Данных об удовлетворенности лечением российских больных в литературе крайне мало, в связи с чем нами было предпринято следующее исследование.

В течение месяца последовательно проводилось анкетирование пациентов, находившихся на стационарном лечении в одном из трех терапевтических отделений (кардиология, терапия, гастроэнтерология) клинической больницы медицинского университета. К моменту опроса больные находились в стационаре не менее одной недели,

и была достигнута стабилизация их состояния. В исследование включались только пациенты, неоднократно госпитализировавшиеся в указанные отделения в течение последнего года. Вопросы анкеты касались предыдущей госпитализации пациента в наш стационар. Это было обусловлено двумя факторами. Во-первых, повторные госпитализации представляют довольно острую проблему и нередко являются отражением несовершенства взаимоотношений больного и системы здравоохранения. Во-вторых, нельзя не учитывать, что искренние ответы на вопросы, касающиеся текущей госпитализации и общения с нынешним лечащим врачом, способны дать лишь некоторые больные, и потому полученные в этом случае сведения могут не отражать истинное положение вещей. В исследование также не включались больные с онкологическими заболеваниями, страдающие деменцией, психическими заболеваниями, находящиеся в терминальной стадии хронических заболеваний. Участие в опросе было анонимным и добровольным. Применявшаяся анкета являлась переводом опросника Picker Institute questions [15], использованного в ряде исследований, в том числе в достаточно объемной научной программе Massachusetts Health Quality Partners (MHQP) Statewide Patient Survey Project, проведенной в медицинских учреждениях штата Массачусетс в 1998 г. [12]. Валидизация опросника была предварительно проведена с участием 92 пациентов по стандартной методике.

Анкета состояла из 55 вопросов, которые были разбиты на 9 групп и соответственно отражали следующие факторы: уважение медицинского персонала к личности пациента; доверие больного к врачам и медицинским сестрам; организация помощи в стационаре; информированность и образование

пациента; вежливость и доступность медицинского персонала; физический комфорт пациента; эмоциональная поддержка; привлечение к лечению семьи пациента, переход от госпитального этапа лечения к амбулаторному. В конце анкеты пациент должен был ответить на вопросы, оценивающие его удовлетворенность лечением. Предлагалось охарактеризовать нахождение в данном стационаре во время предыдущих госпитализаций.

При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать один из 3–4 возможных вариантов ответа. При анализе результатов ответ пациента, однозначно положительно оценивающий какой-либо из аспектов лечения, рассматривался как «правильный», а любой другой вариант ответа считался «проблемным». Далее учитывалось общее количество проблемных ответов каждого пациента по каждой группе вопросов. С помощью множественного регрессионного анализа оценивалась возможная связь между каждой из 9 описанных характеристик и удовлетворенностью пациента лечением в стационаре, использовался также одномерный анализ с оценкой распределения данных и критерия хи-квадрат.

В опросе согласились принять участие 150 пациентов (87% из тех, кто находился на момент опроса в стационаре более 7 дней и кому было предложено участвовать в опроснике). Из них было 46% мужчин и 54% женщин в возрасте от 21 года до 82 лет.

Удовлетворенным лечением в стационаре был 121 человек (81%). Уважительное отношение к себе отметил 141 пациент (94%). Доверял своему врачу 131 пациент (87%). Организацией лечения и качеством предоставляемой информации были довольны 109 больных (73%). Физический комфорт положительно оценили 128 пациентов (85%). Адекватное привлечение к процессу терапии семьи отметил 96 человек (64%). Об эмоциональной поддержке в стационаре сказали только 78 пациентов (52%). Качеством рекомендаций при выписке оказались удовлетворены 75 больных (50%), хотя в подавляющем большинстве случаев при выписке проводилась беседа, и всем больным выдавались подробные письменные рекомендации.

Сопоставить результаты анкетирования с данными MNQP Statewide Patient Survey Project затруднительно, из-за различий в системе здравоохранения и составе опрошенных. Необходимо отметить, что по порядку поступления пациентов и основным показателям деятельности наш стационар значительно не отличался от других клинических больниц. В связи с этим полученные результаты можно в определенной мере интерполировать на пациентов других терапевтических клиник. Очень высокий уровень показателей уважения к пациенту и доверия к врачу, очевидно, связан как с высоким врачебным уровнем в больнице, так и с большими контрастами между работниками клиники и персоналом амбулаторного звена,

с которыми между госпитализациями общаются больные хроническими заболеваниями.

Обращает на себя внимание то, что, хотя наша клиника имеет традиционные для России материальные проблемы, качеством лечения и условиями пребывания в ней была удовлетворена значительная часть больных. Другими аспектами взаимоотношений с врачами пациенты были менее довольны, что нельзя считать неожиданным. В литературе неоднократно обращалось внимание на то, что именно эмоциональной поддержки и общения с врачом не хватало многим пациентам [16–19]. В связи с «интернациональностью» и очевидной серьезностью этой проблемы, вероятно, следует обсуждать не только изменение традиций, но и возможность пересмотра стандартов медицинской помощи. Наиболее низкой была оценка рекомендаций при выписке, что, несомненно, может иметь еще более негативные последствия.

Выявленные при помощи линейного регрессионного анализа взаимосвязи между показателями оказались несколько иными, чем те, которые были установлены ранее другими авторами. Достоверная ассоциация удовлетворенности пациента лечением была отмечена только с группой вопросов о переходе от госпитального этапа лечения к амбулаторному.

В отношении уважительного отношения к больным и доверия вряд ли от метода регрессии корректно было ожидать достоверного результата, в силу типа распределения данных и крайне высокого значения этих показателей в нашем опросе. При одномерном непараметрическом анализе была установлена статистически достоверная взаимосвязь только между уважительным отношением к пациенту и удовлетворенностью последнего лечением, что не явилось неожиданным. Именно те немногие больные, которые не считали отношение к себе достаточно уважительным, и оказались не удовлетворены. Поскольку доля таких больных была очень невелика, то вряд ли, исходя из изложенного, можно сделать какие-либо новые практические выводы.

Достоверной связи с другими изучаемыми параметрами выявлено не было, что находится в определенном противоречии с результатами опроса зарубежных пациентов [12].

Что касается установленных ассоциаций, то важной представляется значимость процесса выписки из больницы для удовлетворенности лечением в целом. Очевидно, именно этот компонент взаимоотношений врача и пациента наиболее уязвим. Вероятно, врачи недостаточно внимания уделяют именно процессу заключительного общения с пациентом. Можно полагать также, что информация, полученная за время лечения, для пациента оказывается более понятной или менее важной, чем та же информация в момент выписки: ведь количеством и качеством информации на госпитальном этапе большинство пациентов были вполне довольны, но это не отразилось на удо-

влетворенности лечением в целом. Нельзя к тому же исключить, что представления врачей и пациентов о том, что и как обсуждать, существенно расходятся, как расходятся и их представления по ряду других важных проблем [4–7]. Результатом этого может быть непонимание целей назначения медикаментов для длительного приема, соблюдения диеты, наблюдения за своим дальнейшим состоянием и, как следствие, недостаточная комплаентность пациента. А с этим в определенной мере могут быть связаны рецидивы заболевания и повторные госпитализации, что и имело место у обследованных нами больных. Возможно, целесообразно несколько изменить порядок выписки пациента из стационаров, а именно увеличить количество и изменить характер предоставляемой в этот момент информации. Вряд ли различные «школы» для больных с большим количеством развернутой, но однотипной информации о забо-

левании и лечении могут решить эту задачу. Очевидно, больше внимания следует уделять именно индивидуальным особенностям пациентов, а также их восприятию своей болезни и возможностей ее лечения.

Таким образом, процесс выписки из стационара получил наиболее низкую оценку обследованных пациентов, и характеристики именно этого процесса были достоверно связаны с удовлетворенностью больных лечением. По-видимому, форма заключительной беседы и обстановка, в которой она проводится, нуждаются, с одной стороны, в более глубоком изучении, а с другой — в значительной коррекции. Представляется также, что в иерархии целей удовлетворенность пациента должна занимать место как минимум не ниже, чем многие характеристики качества жизни больного, а также ряд лабораторных и инструментальных критериев успешности работы врача.

#### Литература

1. Cleary P. D. The increasing importance of patient surveys // *BMJ*.— 1999; 319: 720–721.
2. Cleary P. D., McNeil B. J. Patient satisfaction as an indicator of quality care // *Inquiry*.— 1988; 25: 25–36.
3. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? // *Soc. Sci. Med.*— 1994; 38: 509–516.
4. Gulbrandsen P., Hjortdahl P., Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey // *BMJ*.— 1997; 314: 1014.
5. Pitman P. Gendered experiences of health care // *Int. J. for Qual. in Health Care*.— 1999; 11: 397–405.
6. Britten N., Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey // *BMJ*.— 1997; 315: 1506–1510.
7. Scheuer E., Steurer J., Buddeberg C. Predictors of differences in symptom perception of older patients and their doctors // *Family pract.*— 2002; 19 (4): 357–361.
8. Compliance, satisfaction and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomised controlled trial / J. M. Borrás, A. Sanchez-Hernandez, M. Navarro et al. // *BMJ*.— 2001; 322: 826.
9. Patient trust in the physician: relationship to patient requests / D. Thom, R. Kravits, R. Bell, et al. // *Family pract.*— 2002; 19 (5): 476–483.
10. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultation / P. Little, H. Everitt, I. Williamson et al. // *BMJ*.— 2001; 323: 908–911.
11. Kaplowitz K., Johnston M. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance // *Eval Health Prof.*— 2004; 27: 237–251.
12. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics / S. Joffe, M. Manocchia, J. Weeks, P. Cleary // *J. Med. Ethics*.— 2003; 29: 103–108.
13. Morris N. M. Respect: its meaning and measurement as an element of patient care // *J. Public. Health. Policy*.— 1997; 18: 133–154.
14. Massachusetts Health Quality Partnership. Massachusetts acute care hospital statewide patient survey project.— Boston, MA: Massachusetts Health Quality Partnership, 1998.
15. Cleary P. D., Edgman-Levitan S., Walker J. D. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals // *Qual. Manag. Health Care*.— 1993; 2: 31–38.
16. Pollock K., Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study // *BMJ*.— 2002; 325: 687.
17. Dowell J., Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care // *Family Pract.*— 1997; 14: 369–375.
18. Lewis D., Robinson J., Wilkinson E. Factors involved in deciding to start preventive treatment: qualitative study of clinicians' and lay people attitudes // *BMJ*.— 2003; 327: 841.
19. Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study / J. Gascon, M. Sanchez-Ortuno, B. Llor et al. // *The Ann. of Pharmacother.*— 2004; 11: 1794–1799.

Поступила 08.02.2006