

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко

Кафедра факультетской терапии, Саратовский Государственный медицинский университет Росздрава

Сравнительный анализ удовлетворенности результатами лечения пациентов кардиологического профиля в клинической больнице

Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова, Е.В. Тарасенко

Кафедра факультетской терапии, Саратовский Государственный медицинский университет Росздрава

Цель. Оценить удовлетворенность результатами лечения у пациентов кардиологического профиля и сравнить полученные данные с результатами программы Massachusetts Health Quality Partners (MHPQ) Statewide Patient Survey, отличающейся высокой репрезентативностью данных (анализ 12680 анкет, полученных от больных из 51 медицинского учреждения штата Массачусетс).

Материалы и методы. Проводили анкетирование пациентов клиники внутренних болезней. Применили вопросник Picker Institute questions, который использовался в программе MHPQ.

Результаты. В опросе приняли участие 376 пациентов. Предпочтения кардиологических пациентов не отличались от предпочтений других терапевтических больных. По таким параметрам как уважение к пациенту, организация лечения, предоставление информации и физический комфорт удовлетворенность наших и американских пациентов вполне сопоставима. Оценка эмоциональной поддержки несколько ниже у отечественных пациентов. Привлечение к процессу лечения семьи недостаточно как в нашей клинике, так и в американских стационарах. Менее всего удовлетворял американских и наших пациентов процесс выписки.

Заключение. В оценках удовлетворенности результатами стационарного лечения среди больных из клиник разных стран много общего. Процесс выписки из стационара получил минимальную оценку. Форма заключительной беседы и обстановка, в которой она проводится, нуждаются в изучении и коррекции.

Ключевые слова: удовлетворенность пациента, опрос, качество медицинской помощи

РФК 2007; 1: 28-32

Comparative analysis of satisfaction in hospital treatment among cardiological patients

Y.G. Shvarts, E.A. Naumova, E.V. Tarasenko

Chair of Faculty therapy, Saratov Medical State University, Roszdrav

Aim. To evaluate satisfaction in hospital treatment among cardiological patients and to compare the received data with results of the program Massachusetts Health Quality Partners (MHPQ) Statewide Patient Survey, which is noted for high representation of the data (analysis of 12680 patient questionnaires obtained from 51 medical institutions of the state of Massachusetts).

Material and methods. Questioning of patients in internal medicine clinic was carried out. We used Picker Institute questions, the same questionnaire which was used in program MHPQ.

Results. 376 patients took part in questioning. Preferences of cardiological patients did not differ from preferences of other therapeutic patients. On such criteria as respect for a patient, organization of treatment, rendering the information and physical comfort, satisfaction of our and American patients is quite comparable. Estimation of emotional support is somewhat lower at domestic patients. Involvement of a family to the treatment process is not sufficient both in our clinic, and in the American hospitals. All the patients were mostly unsatisfied in the process of discharge.

Conclusion. The estimations of hospital treatment made by patients from clinics of different countries are similar very much. The process of discharge has got the lowest estimation by the surveyed patients. The form of final conversation and its environment require further analysis and correction.

Key words: patient satisfaction, questioning, quality of medical service

Rational Pharmacother. Card. 2007; 1: 28-32

В современных исследованиях все больше внимания уделяется личности пациента и его предпочтениям [1-5], в частности, удовлетворенности результатом лечения. Считается, что удовлетворенность пациента результатом лечения - очень важный показатель, и в иерархии целей терапии он должен занимать место не ниже других характеристик качества жизни больного, а также ряда лабораторных и инструментальных критериев успешности работы врача. В литературе факто-

рами, наиболее существенно влияющими на этот параметр терапии, считаются уважение к личности и к предпочтениям пациента со стороны медицинского персонала, организация помощи в стационаре, информация и образование пациента, физический комфорт пациента, эмоциональная поддержка, привлечение к лечению семьи пациента, переход от госпитального этапа лечения к амбулаторному [6-12]. Исследования взаимосвязи удовлетворенности лечением и перечислен-

ных аспектов терапии проводились в Германии, Швеции, Швейцарии, Великобритании [13]. Наиболее представительные данные собраны в США, особенно в ходе научной программы Massachusetts Health Quality Partners (MHQP) Statewide Patient Survey Project, проведенной в медицинских учреждениях штата Массачусетс в 1998 г. [11]. В программе принимало участие 51 медицинское учреждение штата, что составило 80% всех хирургических и терапевтических стационаров и 90% акушерских стационаров. В исследованиях применялась анкета Picker Institute questions [12], которая отражает все перечисленные аспекты лечения и позволяет выявлять даже скрытое недовольство пациентов. Результаты, полученные во всех перечисленных странах, оказались похожими: наибольшее количество проблем у пациентов вызывали переход от госпитального этапа лечения к амбулаторному, эмоциональная поддержка со стороны медицинского персонала, информирование и образование пациентов на госпитальном этапе.

Подобных исследований на достаточно большой выборке пациентов в отношении российских больных не проводилось. Не изучалась данная проблема и у кардиологических больных. В этой связи мы решили выяснить приоритеты отечественных пациентов, для чего в нашей клинике было проведено исследование с использованием упомянутой анкеты Picker Institute questions. Результаты, полученные в нашем исследовании, сравнивали с результатами программы MHQP Statewide Patient Survey Project.

Материалы и методы

В программе MHQP Statewide Patient Survey Project принимало участие 51 медицинское учреждение штата Массачусетс (стационары: многопрофильные, хирургические, терапевтические или акушерские). В ходе осуществления программы MHQP Statewide Patient Survey Project по почте были разосланы анкеты случайно выбранным 600 пациентам, выписавшимся из стационаров различных категорий с 1 января по 31 марта 1998 г. Через 2 недели пациентам, не ответившим на вопросник, высыпали открытки с напоминанием. Вопросники были доступны на 5 языках. Критериями исключения были возраст менее 18 лет, психические заболевания, злоупотребление наркотическими препаратами. Результаты анализировали как по каждому стационару отдельно, так и по 3 основным группам пациентов: терапевтические, хирургические, акушерско-гинекологические.

В нашем исследовании в течение одного месяца проводилось анкетирование пациентов, находящихся на стационарном лечении в течение 1 нед и более в клинике внутренних болезней Клинической больницы №3 медицинского университета Саратова и достигших к моменту опроса стабилизации состояния. В дальнейшем

полученные данные анализировались как по всем пациентам, принявшим участие в опросе, так и по отдельным нозологическим группам. В исследование включались только пациенты, которые неоднократно госпитализировались в течение последнего года. Вопросы анкеты касались предыдущей госпитализации пациента. Такой выбор критерии включения обусловлен следующими факторами. Во-первых, проведение опроса по почте, как это делалось американскими исследователями, в России гораздо более затруднительно по техническим причинам. Во-вторых, при опросе пациентов, находящихся в стационаре, нельзя не учитывать, что искренние ответы на вопросы, касающиеся текущей госпитализации и общения с нынешним лечащим врачом, способны дать лишь некоторые больные, и потому данные, полученные в этом случае, могут не отражать истинное положение вещей. В-третьих, для России именно повторные госпитализации представляют довольно острую проблему и нередко являются отражением несовершенства взаимоотношений больного и системы здравоохранения. Здесь необходимо отметить, что наше наибольшее внимание привлекали пациенты кардиологического профиля в связи с широкой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, равно как и их преобладанием в структуре смертности. Большая часть пациентов среднестатистического терапевтического стационара – пациенты с кардиальной патологией. Более того, наибольшее число повторных госпитализаций приходится на пациентов именно этого профиля. Одной из ведущих причин повторных госпитализаций таких больных, как известно, является невыполнение врачебных рекомендаций. При этом нельзя исключить, что недисциплинированность пациентов и их низкая приверженность к терапии могут быть связаны с удовлетворенностью пациента результатами лечения на его госпитальном этапе. В исследование не включались пациенты младше 18 лет, больные с онкологическими заболеваниями, страдающие деменцией, психическими заболеваниями, находящиеся в терминальной стадии хронических заболеваний. Участие в опросе было анонимным и добровольным.

Применяемая в обоих исследованиях анкета – вопросник Picker Institute questions. Анкета состояла из 60 вопросов, которые были разбиты на 7 групп и посвящены уважению к личности и к предпочтениям пациента со стороны медицинского персонала; организации помощи в стационаре; информации и образованию пациента; физическому комфорту пациента (включая оказание медицинской помощи, связанное с обезболиванием пациента); эмоциональной поддержке; привлечению к лечению семьи пациента; переходу от госпитального этапа лечения к амбулаторному. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать один из 3-4 воз-

можных вариантов ответа. Положительная оценка пациентом какого-либо из аспектов лечения рассматривалась как "правильная", а любой другой вариант ответа считался "проблемным". Далее учитывалось общее количество проблемных ответов каждого пациента по каждой группе вопросов. Если количество проблемных ответов составляло 60% и более от общего количества вопросов по данной группе, то это расценивалось как наличие у пациента проблемы по данному пункту анкеты. Валидизация опросника (после перевода на русский язык) была предварительно проведена с участием 92 пациентов по стандартной методике.

При сравнении данных мы использовали результаты программы MHQP Statewide Patient Survey Project, полученные только у терапевтических пациентов.

Результаты и обсуждение

В нашем опросе согласились принять участие 376 пациентов (87% из находившихся на момент опроса в стационаре более 7 дней и тех, кому было предложено заполнить опросник), 46% (173 человека) – мужчины. Возраст колебался от 21 года до 82 лет (средний возраст – 66 лет). Состав участников опроса по нозологиям приведен в табл. 1 (учитывалось основное заболевание, с которым пациент находился в стационаре в данный момент). Необходимо отметить, что большая часть участников опроса (40%) являлась пациентами, у которых преобладала кардиальная патология.

В программе MHQP Statewide Patient Survey Project приняли участие 12 680 пациентов (процент принявших участие составил от 28 до 59% от количества разосланных анкет).

По результатам этого исследования большинство пациентов посчитали отношение к себе и своим предпочтениям уважительным, были довольны организацией лечения, считали достаточной информацию, предоставленную им о заболевании, были довольны физическим комфортом, обеспечиваемым в стационаре,

Таблица 1. Состав участников опроса, проведенного в клинической больнице медицинского университета г. Саратова

Профиль пациентов	Количество опрошенных пациентов, abs., %
Кардиологический	150 (39,9)
Терапевтический	226 (60,1)
гастроэнтерологический	82 (21,8)
пульмонологический	79 (21,0)
ревматологический	36 (9,6)
нефрологический	29 (7,7)
Всего:	376 (100)

отмечали хорошую эмоциональную поддержку со стороны медицинского персонала, положительно оценивали привлечение семьи к процессу лечения (рис. 1). Наименьший процент пациентов оказался удовлетворен процессом перехода от стационарного этапа лечения к амбулаторному – 66%.

Как видно из табл. 2, предпочтения наших пациентов не отличались между собой не зависимо от заболевания, с которым пациент находился на лечении. Группа кардиологических пациентов была сопоставима как с группами пациентов по каждой нозологии отдельно, так и со всеми остальными терапевтическими пациентами вместе. Здесь необходимо отметить, что сам факт такой схожести взглядов на данный фактор пациентов различных нозологических групп говорит о том, что удовлетворенность пациента результатами лечения – независимый параметр терапии, вероятно связанный не с чисто медицинскими аспектами лечения, а с какими-то иными характеристиками пациента и его поведения. Отсутствие отличий кардиологических пациентов от пациентов других групп делает возможным дальнейшее описание полученных нами результатов именно на примере этой группы как наиболее многочисленной.

В нашем опросе уважительное отношение к себе отметил 81% опрошенных. Организацией лечения были довольны 70% пациентов, а качеством предоставляемой информации – 77% пациентов. Физический комфорт положительно оценили 84% пациентов. Адекватное привлечение к процессу лечения семьи отметили 58%, эмоциональную поддержку в стационаре – 61% пациентов. Качеством рекомендаций при выписке оказались удовлетворены 49%. В большинстве случаев при выписке проводилась беседа, и всем больным выдавались подробные письменные рекомендации (см. рис. 1).

Конечно, сопоставлять результаты анкетирования с данными MHQP Statewide Patient Survey Project можно с некоторыми ограничениями, т.к. отличия в системе здравоохранения и составе опрошенных безусловно были, хотя полезную информацию из данного сравнения получить возможно. Следует отметить, что границы 95% ДИ у американских коллег получились больше, вероятно, в связи с тем, что состав больных был более неоднородным и соответственно разброс в ответах пациентов также выше.

Обращает внимание (см. рис. 1), что по таким параметрам, как уважение к пациенту, организация лечения, предоставление информации и обучение, физический комфорт удовлетворенность как наших, так и американских пациентов вполне сопоставима. Высокий уровень организации лечения и физического комфорта в американских стационарах сомнения не вызывают. Интересно заметить, что хотя наша клиника

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ

Таблица 2. Удовлетворенность результатами лечения пациентов клинической больницы в зависимости от нозологии

Удовлетворены лечением по следующим аспектам	Профиль пациентов					
	кардиологи- ческий*	гастроэнтеро- логический	пульмонологи- ческий	ревматологи- ческий	нефрологи- ческий	все терапев- тические пациенты
Уважение	122 (81%)	65 (79%)	66 (84%)	31 (86%)	23 (79%)	185 (82%)
Организация	105 (70%)	57 (69%)	55 (69%)	26 (71%)	21 (74%)	158 (70%)
Информация	116 (77%)	58 (71%)	59 (75%)	25 (70%)	22 (76%)	165 (73%)
Физический комфорт	126 (84%)	68 (83%)	65 (82%)	29 (80%)	24 (84%)	186 (82%)
Эмоциональная поддержка	92 (61%)	49 (60%)	49 (62%)	23 (64%)	18 (63%)	139 (62%)
Привлечение семьи	87 (58%)	48 (59%)	44 (56%)	19 (54%)	17 (57%)	129 (57%)
Переход к амбулаторному этапу	74 (49%)	40 (49%)	38 (48%)	18 (50%)	14 (49%)	110 (49%)

* достоверных отличий пациентов кардиологического профиля от пациентов других групп не выявлено

имеет традиционные для России материальные проблемы, организацией лечения и условиями пребывания у нас удовлетворена была значительная часть больных, что еще раз заставляет задуматься о том, что материальные проблемы не являются решающими для пациентов. Высокая степень уважения к пациенту и достаточно полное предоставление всей информации о заболевании и состоянии здоровья пациенту в США также можно рассматривать как давно сформировавшееся и очень жесткое правило при оказании медицинской помощи. Очень высокий уровень показателей уважения к пациенту у нас, очевидно, связан как с высоким врачебным уровнем в клинической больнице, так и с большими контрастами между работниками клиники и персоналом амбулаторного звена, с которыми общаются больные хроническими заболеваниями. Можно полагать также, что информация, полученная за время лечения, для пациента оказывается в большинстве случаев понятной и достаточной.

Оценка эмоциональной поддержки несколько ниже у наших пациентов, хотя и пациенты госпиталей Массачусетса этими аспектами лечения были менее до-

вольны, чем другими пунктами. Последнее нельзя считать неожиданным. В литературе неоднократно обращалось внимание на то, что именно эмоциональной поддержки и общения с врачом не хватает многим пациентам [14-18]. В связи с «интернациональностью» и очевидной серьезностью этой проблемы, вероятно, следует обсуждать не только изменение определенных «традиций» общения врача и пациента, но и возможность пересмотра стандартов оказания медицинской помощи.

Привлечение к процессу лечения семьи адекватным посчитали далеко не все пациенты как в нашей клинике, так и в американских стационарах, причем у нас недовольных было достоверно больше. Видимо, если общение с врачом не хватает самим пациентам, то и их близким внимание врача достается в меньшей степени. И это опять же общая проблема для всех больных, независимо от места проживания.

Наиболее уязвим был процесс выписки из стационара как для наших, так и для американских пациентов, хотя, вероятно, для отечественных больных этот момент является еще более критическим. Об этом свидетель-

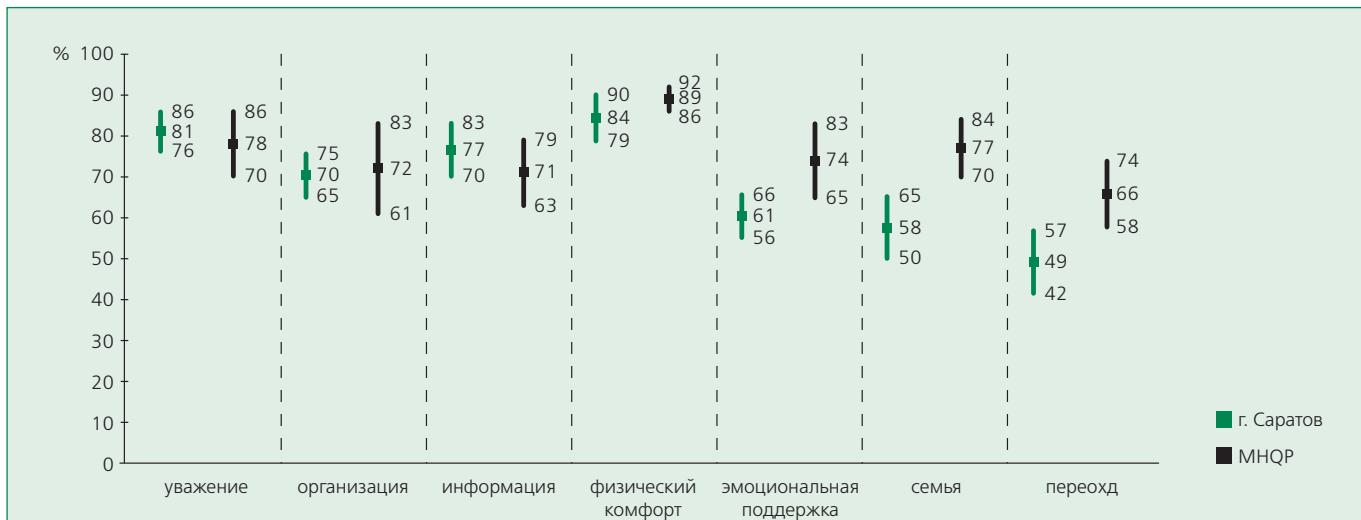


Рис. 1. Параметры удовлетворенности результатами лечения в программе MHQP и по результатам исследования в Саратове

ствуют и достоверные отличия по данному параметру. Очевидно, именно этот момент является наиболее сложным во взаимоотношениях врача и пациента. Нельзя не отметить, что самым сложным он был и при проведении опросов среди европейских пациентов [13]. Вероятно, врачи недостаточно внимания уделяют именно процессу заключительного общения с больным. 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 [18-23]. Результатом этого может быть непонимание целей назначения медикаментов для длительного приема, соблюдения диеты и 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. Возможно, целесообразно некоторое изменение порядка выписки пациента из стационаров в виде изменения характера предоставляемой в этот момент информации. Очевидно, больше внимания должно быть уделено именно инди-

видуальным особенностям пациентов, а также их восприятию своей болезни и возможностей ее лечения.

Заключение

Таким образом, в оценках лечения больными различного профиля, в том числе кардиологического, из разных клиник, разных стран очень много общего. Существует целый ряд проблем, которые беспокоят пациентов, но неадекватно оцениваются их лечащими врачами. Процесс выписки из стационара получил наиболее низкую оценку обследуемых пациентов и по результатам MHQ Patient Survey Project и по данным нашего исследования. Таким образом, 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 удовлетворенность пациента результатами лечения определяется общими для различных больных и клиник моментами, что обуславливает необходимость разработки универсального подхода к этой проблеме.

Литература

1. Jonsen AR *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998.
2. Cassell EJ *The principles of the Belmont report revisited. How have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine?* Hastings Cent Rep 2000;30:12-21.
3. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. New York: University Publishing Group, Inc, 1998.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* [4th ed]. New York: Oxford University Press, 1994.
5. Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*. London: Stationery Office, 2001. www.bristol-inquiry.org.uk.
6. Cleary PD *The increasing importance of patient surveys*. BMJ 1999;319:720-721.
7. Morris NM *Respect: its meaning and measurement as an element of patient care*. J Public Health Policy 1997;18:133-54.
8. Thom D., Kravits R., Bell R., et all. *Patient trust in the physician: relationship to patient requests*. Family practice 2002;19(5):476-483.
9. Kaplowitz K., Johnston M. *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. Eval Health Prof, 2004; 27: 237-251.
10. Joffe S., Manocchia M., Weeks J., Cleary P. *What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics*. J Med Ethics 2003;29:103-108.
11. Massachusetts Health Quality Partnership. *Massachusetts acute care hospital statewide patient survey project*. Boston, MA: Massachusetts Health Quality Partnership, 1998.
12. Cleary PD, Edgman-Levitin S, Walker JD. *Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals*. Qual Manag Health Care 1993;2:31-38.
13. Coulter A., Cleary PD *Patients' experiences with hospital care in five countries*. Health Affairs, 2001;20(3):244-252.
14. Gascon J., Sanchez-Ortuno M., Llor B., et all *Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study*. Ann Pharmacother 2004;11:1794-1799.
15. Pollock K., Grime J. *Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study*. BMJ 2002; 325:687.
16. Dowell J., Hudson H. *A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care*. Family Practice 1997;14:369-375.
17. 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.
18. Gulbrandsen P., Hjortdahl P., Fugelli P. *General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey*. BMJ 1997;314:1014.
19. Neuberger J. *Primary care: core values patients' priorities* BMJ 1998;317:260-262.
20. St Claire L., Watkins CJ., Billinghamurst B. *Differences in meanings of health: an exploratory study of general practitioners and their patients* Family Practice 1996;13(6): 511-516.
21. Kernick D., Reinholt D., Mitchell A *How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients* Family Practice 1999;16(6): 562-565.
22. Scheuer E., Steurer J., Buddeberg C. *Predictors of differences in symptom perception of older patients and their doctors*. Family practice 2002;19(4):357-361.
23. Britten N., Ukomunne 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.