

дежью, подростками необходимо больше внимания уделять профилактике нарушения зрения, контактам с их родителями, формированию режима труда и отдыха, пропаганде физической культуры. Социальная работа со слабовидящими ветеранами, пожилыми людьми требует больше времени на проведение беседы, такта, часто – необходимости письменного изложения предлагаемых рекомендаций.

Одна из главных задач социальной работы – утверждение идеи активного участия всего общества в реабилитации и реинтеграции слабовидящих. Понятно, что процесс этот длительный, процесс воспитания и гражданского становления всего общества. Это воспитание по сути «нового поколения», для которого реинтеграция нуждающихся станет частью нового мировоззрения и нового образа жизни. Основным тезисом, лежащим в основе проблемы реинтеграции, выступает положение о том, что не слабовидящие люди, а также и другие члены общества с ограниченными возможностями должны приспосабливаться к существующим условиям жизни, а должны иметь возможность включаться в общество на своих собственных условиях, которые общество понимает, учитывает и обеспечивает.

*П.В. Ивачев (Екатеринбург),  
О.В. Цыпушкина (Первоуральск)*

### **Субъективная оценка состояния медицинского обслуживания населением г. Первоуральска Свердловской области**

Конкретные условия состояния общества диктуют способы решения проблем здравоохранения для улучшения качества медицинского обслуживания. Нет, вероятно, идеальной системы здравоохранения вне времени и пространства, конкретной политической и экономической ситуации. Развитие общества, науки и практики здравоохранения заставляют постоянно предпринимать попытки повысить его структуру, конкретизировать функции элементов системы здравоохранения, оптимизировать их взаимодействие не в идеальном пространстве, а в конкретной системе. Общество определяет систему здравоохранения, механизм и технологии удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи, обеспечение их необходимыми ресурсами.

В советский период медицинская помощь оценивалась преимущественно с точки зрения врача, без учета мнения пациента. В новых социально-экономических условиях одним из ключевых вопросов является изучение удовлетворенности больного как важного индикатора качества медицинской помощи. Пациент становится полноправным субъектом медицинской среды тогда, когда за ним признается право влияния на систему формирования медицинских услуг через учет его интересов.

Удовлетворенность, по определению Г.В.Осипова, можно определить как степень разрыва между запросами человека и его реальным положением, как некую равнодействующую величину, определяющую взаимосвязь объективных и субъективных условий социального положения личности. Удовлетворенность человека является индикатором соотношения системы потребностей и установок индивидуума, проявляющихся в его фактических требованиях, с его оценкой возможности их реализации.

Пациент обычно не может оценить адекватность оказанной ему помощи. Однако он оценивает ее доступность, возможность выбора, отсутствие очере-

дей, условия оказания помощи, отношение персонала медицинских учреждений к нему и т. п. По мнению В.Ю.Семенова, результаты социологических исследований по вопросу удовлетворенности пациентов результатами лечения следует выделить в самостоятельную группу показателей деятельности медицинских учреждений.

Управлению здравоохранения города Первоуральска Свердловской области и фонду ОМС было предложено развернуть программу по контролю качества медицинской помощи населения, которую предоставляют городские медицинские учреждения. Исследовательский проект был направлен на изучение мнения населения о состоянии медицинского обслуживания, поиск путей повышения эффективности контроля и обеспечения качества медицинского обслуживания населения в новых социально-экономических условиях.

Целью данного исследования явилось изучение субъективной оценки населением Первоуральска состояния медицинского обслуживания. В ходе реализации исследования решались следующие задачи: конструирование функциональной модели субъективной оценки состояния медицинского обслуживания по данным мнения населения и проведение специального социологического обследования населения муниципального образования г.Первоуральск Свердловской области.

Объектом медико-социологического мониторинга о состоянии медицинского обслуживания явилось население Первоуральска – города, представляющего собою типовую административно-территориальную единицу юго-запада Свердловской области, развитие которой связано с освоением горной и металлургических отраслей. Социально-демографическая структура населения представлена преимущественно жителями Уральского региона, а также переселенцами советского времени из центральной части России и бывших союзных республик. В качестве метода исследования проблемы был выбран социологический опрос (формализованное интервью) респондентов. Интервьюирование проводилось в период с 27 декабря 2004 г. по 15 января 2005 г. в лечебно-профилактическом муниципальном учреждении (ГБ № 3) и лечебно-профилактическом муниципальном учреждении (ГП № 2), в жилом секторе и промышленной сфере территориально прилегающей к данным ЛПУ.

В соответствии с поставленной целью и задачами в ходе исследования было опрошено 416 человек: 216 чел. непосредственно в лечебно-профилактическом отделении (поликлиническом и стационарном отделениях), 200 – по месту жительства в районах территориально прилегающих к ГБ № 3 и ГП № 2 и на металлургическом предприятии АО “ДИНУР”. Из них 36,5% мужчины и 63,5% — женщины. В опросе приняло участие население в возрасте от 18 лет до 80 лет.

По составу семейных отношений 7,2% респондентов проживает в одиночестве, 17,8% проживает вдвоем с супругой (ом), 65,4% опрошенных проживает совместно с детьми и 9,6% опрошенных проживают совместно с детьми и родителями. Большинство семей респондентов малодетные (имеют 1-2 детей) – 78,8%; 15,9 – бездетные семьи и 5,3 – многодетные.

Размер среднедушевого дохода более 10 тыс. р. указали 2,9% опрошенных, от 5 до 10 тыс. – 14,4, от 2 до 5 тыс. – 59,6, от 1 до 2 тысяч рублей – 18,3, до 1 тыс. р. – 4,8%. На момент опроса 84,6% респондентов имели трудовую занятость, в том числе 46,6% работают по специальности, 38,0% – не по специальности. Из 15,4% респондентов, не имеющих трудовую занятость на момент опроса, 1,6% указали в качестве причины – поиск подходящей работы. Образовательный уровень большинства опрошенных (41,3%) – среднее про-

фессиональное образование; высшее образование имеют – 22,1 респондентов, неполное высшее образование – 4,3, начальное профессиональное образование – 13,1, полное общее образование – 12, начальное общее образование – 5,3, неполное образование – 1,9%.

В начале опроса предлагалось осуществить самооценку состояния своего здоровья по трем критериям “хорошее”, “удовлетворительное”, “плохое”, а также индивидуальный уровень двигательной активности. Как “хорошее” состояние здоровья – оценивают 10,6 респондентов, как “удовлетворительное” – 70,2, как “плохое” – 14,4%. Ежедневный объем двигательной активности более 4 часов указали 44,7% респондентов, 3-4 часа – 23,6, 1-2 часа – 16,8, 1 час и менее – 14,9%. Большинство респондентов в ходе самооценки отчетливо связывают состояние своего здоровья с уровнем ежедневной двигательной активности.

На вопрос “Сколько раз в последние 3 года Вы обращались за медицинской помощью?” 54,9% респондентов ответили – более 3 раз, 28,8 – 2 раза, 14,9% – один раз, 1,4% респондентов ответили, что ни разу не обращались за медицинской помощью. На стационарном лечении в последние три года побывали 39,4% респондентов. С целью изучения осведомленности населения в основах медицинских знаний и структурной характеристике причин обращения за медицинской помощью, задавался вопрос: “Что явилось причиной Вашего последнего обращения за медицинской помощью?”. Полученные данные свидетельствуют о высокой осведомленности и заинтересованности респондентов в медицинских знаниях относительно собственного здоровья.

Исследование субъективной оценки качеством результата медицинской помощи выявило ранжированное распределение признаков, которые демонстрируют, что в подавляющем большинстве случаев она имеет позитивное значение. Лишь 13,0% респондентов отвечают, что состояние не изменилось, что может быть обусловлено объективными причинами, в частности клиническим профилем заболевания; негативную динамику не отметил ни один респондент.

Большой блок вопросов ставил своей целью исследовать уровень удовлетворенности населения состоянием медицинского обслуживания. В ранжированном порядке ответы на вопрос: “Удовлетворены качеством оказанной Вам медицинской помощи?” распределились следующим образом: 43,75% респондентов оценили удовлетворенность качеством медицинской помощи «50/50»; 27,4 респондентов ответили – в основном удовлетворен; 18,75 – в основном не удовлетворен; 5,8 – полностью удовлетворен; 4,3% – совершенно не удовлетворен. Полученные данные свидетельствуют о позитивной оценке удовлетворенности населения только в 33,2%. Более половины респондентов – 66,8%, равнодушно или негативно оценивают качество предоставленной им медицинской помощи.

В ходе дальнейшего опроса респондентам предлагалось указать 2-3 проблемы, с которыми они столкнулись при получении медицинской помощи. Анализ полученных результатов выявил высокий уровень неудовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания в связи с причинами объективного и субъективного порядка. Вызывает настороженность, что среди причин субъективного порядка “невнимательность медицинского персонала” попадает в тройку лидеров основных проблем, трудностей при анализе мнения населения о состоянии медицинского обслуживания. Лишь 18,7% респондентов оценивают в целом отношение медицинского персонала к пациентам как внимательное, 67,8 оценивают отношение как равнодушное и 13,5% даже как невнимательное.

Всесомая доля опрошенного населения озабочена ростом платных услуг. 80,3% респондентов указывают, что во время стационарного лечения им приходилось покупать медикаменты, шприцы, системы для внутривенных вливаний, бинты и прочие расходные материалы для назначенного курса. Из них 72,6% респондентов приобретали медикаменты по рекомендации медицинского персонала лечебного учреждения, 6,3 – по собственному желанию, 19,7 – в связи с отсутствием медикаментов в лечебном учреждении, 1,4% – по другой причине.

Особую тревожность вызывает обстоятельство, что 39,4% респондентов приходилось платить личные деньги за медицинское обслуживание непосредственно медицинским работникам. Вместе с тем, выражают готовность платить за высокое качество медицинского обслуживания около половины респондентов (43,3%).

В целях поиска ответа на вопрос об уровне социальной защищенности в области охраны здоровья специальный раздел опроса был посвящен исследованию информированности населения о системе медицинского страхования. 55,8% респондентов отвечают, что они информированы об обязательном медицинском страховании, соответственно 44,2% – нет.

Меньше половины (33,7%) респондентов отвечают, что они знают, куда можно обратиться за помощью в случае нарушения их прав как пациента. 63,5% респондентов выказывают готовность обратиться за помощью в случае нарушения их прав как пациента. Однако лишь в двух случаях (0,5%) удалось зафиксировать в ответах респондентов, что они знают об их праве обратиться в медицинскую страховую компанию с претензиями к работе медицинского персонала. 17,8% респондентов обращались с претензиями к работе медицинского персонала к администрации лечебного учреждения, 2,4% – в орган управления здравоохранением, в суд никто из респондентов не обращался. Ни разу не обращались с претензиями к работе медицинского персонала 79,3% респондентов.

Большинство респондентов (72,6%) не знают о медицинской помощи, услугах, которые должны оказываться им бесплатно. Часть респондентов (13,5%) указывает, что им приходилось покупать в лечебном учреждении полис добровольного медицинского страхования против собственного желания. Мнение об уровне оказания медицинской помощи в платных клиниках распределены следующим образом: около половины опрошенных респондентов (45,7%) склонны считать, что уровень оказания медицинской помощи в платных клиниках выше, 37,0 – незначительно выше, 15,9 – таким же и лишь 1,4% – ниже.

На вопрос: “Куда Вы будете обращаться в следующий раз?”, некоторые респонденты выбирали по 2 ответа. Исследование показало, что, несмотря на низкое качество медицинского обслуживания, жители Первоуральска отдадут предпочтение государственным учреждениям при удовлетворении своих потребностей в медицинском обслуживании (69,2%), и только 7,7% смогут позволить себе обратиться в частную клинику.

В данном исследовании рассматривался подход к субъективной оценке качества медицинского обслуживания по данным мнения населения. Обосновывается необходимость выделения и формализованного учета нового предмета (социальная удовлетворенность) в действующей системе контроля и обеспечения качества медицинского обслуживания населения. Внедрение в систему здравоохранения формализованного критерия субъективной оценки качества медицинского обслуживания в виде удовлетворенности пациентов

медицинским обслуживанием является предметом социальной защиты населения в вопросах охраны здоровья в новых экономических условиях.

Проведенное исследование предоставило независимую оценку текущего состояния здравоохранения Первоуральска на основе восприятия пациентами и демонстрирует, что качество медицинского обслуживания признается ими низким. Пациентов беспокоит невнимательность и равнодушие медицинского персонала, рост платных услуг при получении стационарного лечения, незаинтересованность медицинских работников в здоровье пациентов. Несмотря на высокую осведомленность, относительно своего здоровья, большинство населения не осведомлено о своих правах как пациентов и имеют низкие знания о социальной защищенности.

Пациенты – главные получатели медицинских услуг, должны стать сегодня активными участниками (субъектами) системы охраны здоровья. Для этого, прежде всего, требуется создание доверительных отношений между врачами, страховыми медицинскими компаниями и пациентами. В новых рыночных условиях врачи, организаторы-управленцы медицинских учреждений и страховых медицинских компаний нуждаются в понимании нужд, предпочтений пациентов, знании причин, препятствующих выполнению врачебных рекомендаций и многое другое.

*А.П. Ивачева (Екатеринбург)*

### **Самооценка ветеранами качества жизни после офтальмохирургического лечения**

В советский период медицинская помощь оценивалась преимущественно с точки зрения врача без учета мнения пациента. Современные изменения в статусе пациента неминуемо приводят к трансформации патерналистских традиций в отечественной медицине. Сфера взаимоотношений пациента и медицинского учреждения в новых экономических реалиях отечественного здравоохранения требует учета субъективного мнения в качестве критерия оценки социальной эффективности медицинского обслуживания. Качество медицинской помощи, определяющее показатель социальной эффективности здравоохранения, должно стать характеристикой, отражающей степень адекватности технологии, выбранной для достижения положительной динамики в состоянии здоровья конкретного пациента.

Множество проблем возникает при оценке качества здоровья, то есть оценке здоровья, как параметра качества жизни. Это отчасти связано с тем, что сам термин "качество жизни" не имеет общепринятого значения в службах здравоохранения и научной литературе. Термин "качество жизни" вошел в обиход в развитых странах.

В нашей стране под качеством жизни (life quality) чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

На базе Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн осуществляется исследование качества жизни (посредством самооценки состояния жизнедеятельности) ветеранов после офтальмохирургического лечения как важного индикатора социальной эффективности медицинского обслуживания.