

УДК 364.444.347.61.000.34(048)

Н.Я. Жилка¹, А.В. Кудря²

РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ТА ІНФОРМОВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ПОСЛУГ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (ІНТЕРНЕТ-ОПИТУВАННЯ)

¹Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – визначити проблеми взаємовідносин лікаря загальної практики – сімейного лікаря та пацієнта.

Методи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, соціологічний, статистичний та системного підходу.

Результати. Результати соціологічного дослідження показали, що рівень задоволеності потреб населення в медичній допомозі на первинному рівні недостатній; поінформованість населення про власні права щодо послуг на рівні сімейної медицини також недостатня.

Висновки. Потребує удосконалення кваліфікація лікаря загальної практики – сімейного лікаря та поліпшення умов його праці, а також дотримання законодавства медичними спеціалістами при виконанні своїх функціональних обов'язків.

Ключові слова: лікар загальної практики – сімейний лікар, респондент, пацієнт, інформованість, ефективність.

Вступ

Первинна медико-санітарна допомога, на нових визначених у всьому світі засадах, принесе очікувані позитивні результати лише за належного усвідомлення лікарем загальної практики – сімейним лікарем (ЛЗПСЛ) та пацієнтом вагомості ролі сімейної медицини у задоволенні потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї. Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування в більш раціональне економічно, а держава – від зміцнення і підвищення потенціалу суспільного здоров'я. За таких умов сімейна медицина стане запорукою підвищення не тільки якості медичної допомоги населенню, але й підвищення авторитету та соціального статусу ЛЗПСЛ [1, 3, 5–8, 10, 11].

Мета роботи – визначити проблеми взаємин ЛЗПСЛ і пацієнта.

Методи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, соціологічний, статистичний та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Рівень задоволеності пацієнтів якістю послуг ЛЗПСЛ, а також ступінь інформованості пацієнтів про їхнє право на отримання цих послуг проведено шляхом інтернетопитування 400 респондентів.

За віком респонденти були розподілені таким чином: частка респондентів віком 21–30 років становила 53,5%, 31–40 років – 24,0%, 41–50 років – 14,0%, 51–60 років – 5,4%, 18–20 років – 2,3%, 61–70 років – 0,8%. Найбільшу групу опитаних склали молоді люди віком до 40 років (79,8%), а респонденти від 40 років – 20,2%. Жінки були більш активними (68,2%) за чоловіків

(31,8%). У дослідженні взяли участь переважно мешканці міста (96,1%), а села – 3,9%.

Респонденти, які долучилися до опитування, були переважно з вищою (87,5%) освітою, а з неповною вищою – 7,8%, що має значення для визначення, наскільки високоосвідчені особи поінформовані щодо прав пацієнта в отриманні медичної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги. З середньою спеціальною освітою було 16 (3,9%) респондентів, із середньою – 3 (0,8%) респонденти.

Працюючі становили 73,6%, ті, що займаються домашнім господарством, – 9,3%, навчаються – 8,5%, безробітні – 7,8%, пенсіонери – 0,8%.

Серед респондентів лише 7,0% зазначили, що мають так званого «свого сімейного лікаря». Це вказує на недоліки в організації медичної допомоги в рамках сімейної медицини, оскільки на сімейного лікаря в усьому світі покладається відповідальність за стан здоров'я усіх членів сім'ї від народження. Вважається, що сімейний лікар має більше анамнестичних даних та інформації про можливу сімейну спадкову або генетичну патологію, фактори ризику виникнення хвороб, що сприяє кращому попередженню хвороб або своєчасній діагностиці, більш якісному лікуванню. Тобто постійність сімейного лікаря відіграє важливу роль у поліпшенні якості медичної допомоги на менш вартіснозатратному первинному рівні медичної допомоги.

Відповідно, 93,0% респондентів вказали, що не мають постійного ЛЗПСЛ, з них 19,2% не мають і не хочуть мати такого лікаря, а 22,5% – не лише не мають і не хочуть мати, але й не знають, куди і як до нього звернутися. Наведені результати свідчать про вкрай низьку поінформованість населення про механізм реалізації їхнього права щодо отримання послуг ЛЗПСЛ. Більшість (86,0%) респондентів поінформовані про право вільно обирати та змінювати ЛЗПСЛ, однак 6,2%

опитаних не поінформовані про це, а 7,8% хибно стверджували, що вони не мають такого права. Тобто значна частка населення потребує інформаційної та роз'яснювальної роботи щодо прав пацієнтів обирати або змінювати ЛЗПСЛ відповідно до чинного законодавства з метою встановлення довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом, що, безперечно, поліпшує якість медичної допомоги.

Відповідно до недостатньої інформованості опитаних про наявні в країні можливості отримання медичної допомоги в рамках сімейної медицини більшість (55,0%) респондентів не знали про територіальну близькість до їхнього місця проживання або роботи медичного закладу, де можна отримати послуги ЛЗПСЛ, а 36,6% із них взагалі не знали, де про це можна дізнатися.

Серед опитаних 58,9% відповіли, що в разі виникнення неекстреної необхідності звернутись по медичну допомогу оберуть вузького спеціаліста, а 23,3% вирішили спочатку зробити аналізи або інше дослідження, а потім звернутись до лікаря, що нерационально з точки зору сучасної організації охорони здоров'я, оскільки неефективне завантаження вузьких спеціалістів є дороговартісною технологією, а також вважається, що поза увагою вузького фахівця є цілий ряд соціальних факторів, які впливають на стан здоров'я, у т.ч. потужний вплив на людину особливостей внутрішньосімейних взаємин [2, 4]. Лише 14,7% вирішили звернутись до «свого сімейного лікаря», а 3,1% – до будь-якого ЛЗПСЛ.

Отримані результати підтверджують недостатню інформованість населення про порядок отримання якісної медичної допомоги. По допомогу до ЛЗПСЛ державного (комунального) закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) протягом останнього року зверталися 15,5% опитаних. За отриманими результатами, більшість (60,5%) опитаних за можливості обрали б собі сімейного лікаря у державному ЗОЗ, що свідчить про недостатню поширеність приватної практики ЛЗПСЛ, на відміну від розвинених країн. Із тих, що зверталися до вузького спеціаліста, 36,2% обрали його у приватному ЗОЗ.

Із 32,6% респондентів, що звертались до ЛЗПСЛ, 57,1% отримали медичну допомогу безпосередньо від нього, 81,0% одужали, що свідчить про перспективність взаємовідносин ЛЗПСЛ і пацієнта. Проте в кожного п'ятого пацієнта було ускладнення (19,0%), що вказує на недостатню кваліфікацію ЛЗПСЛ.

У значній кількості (42,6%) випадків звернень до ЛЗПСЛ пацієнти були скеровані до іншого спеціаліста, що свідчить про недостатні можливості ЛЗПСЛ у забезпеченні якісною медичною допомогою (недостатня кваліфікація ЛЗПСЛ, відсутність умов для якісного лікувально-діагностичного процесу), оскільки зарубіжний досвід показує, що кваліфікований ЛЗПСЛ, який володіє практичним досвідом роботи зі спеціальності сімейного лікаря, може самостійно діагностувати й ефективно лікувати, відповідно до сучасних стандартів, до 80% захворювань [2, 9, 12–17].

Насторожує те, що майже половина (45,2%) пацієнтів, які лікувалися у ЛЗПСЛ, були незадоволені

якістю медичних послуг, з них у 73,7% випадках пацієнти відмовилися від подальших послуг ЛЗПСЛ, 15,7% замінили ЛЗПСЛ, а 31,6% звернулися до іншого спеціаліста.

Прикладом недостатньої доступності населення до послуг сімейної медицини є організація медичної допомоги з питань ВІЛ-інфекції. В Україні спостерігається вже понад 25 років епідемія ВІЛ-інфекції. В усіх розвинених країнах послуги з ВІЛ-інфекції надаються на первинному рівні медичної допомоги. За результатами нашого опитування, тільки половина (51,9%) респондентів обізнані, що по медичну допомогу з питань ВІЛ-інфекції можна звернутися до ЛЗПСЛ, 22,5% не знають, а 25,6% вважають, що медичної допомоги з питань ВІЛ-інфекції вони не отримають. Така ситуація вказує на недостатню обізнаність населення в тому, що ЛЗПСЛ може забезпечити консультативну та діагностичну (обстеження швидкими тестами на ВІЛ) допомогу, а також на те, що ЛЗПСЛ недостатньо приділяє уваги цій проблемі.

Забезпечення просвітницькою інформацією пацієнтів є однією з основних функцій ЛЗПСЛ, одним з ефективних методів попередження захворювань. На питання: «Чи проводив з Вами сімейний лікар бесіди з питань профілактики захворювань?» відповіли лише 54,3% респондентів, з якими у 9,3% випадків ЛЗПСЛ проводив бесіди, 25,6% пацієнтів інформації не отримали, а 19,4% вважали ЛЗПСЛ некомпетентним. Отримані дані свідчать про недостатню кваліфікацію ЛЗПСЛ.

Просвітницькі теми, запропоновані ЛЗПСЛ, були такі: з профілактики гіпертонічної хвороби (5,4%), з профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (1,6%), з питань правильного харчування, з питань планування сім'ї, застосування методів контрацепції, з питань здорового способу життя, у т.ч. фізичного навантаження, користі свіжого повітря (0,8%).

Більшість (91,5%) опитаних зазначили, що ЛЗПСЛ не має достойної заробітної платні, умов праці та соціального захисту для якісного надання медичної допомоги.

Респонденти, що взяли участь в інтернетопитуванні, висловили свої коментарі та побажання, які наводимо в оригінальному вигляді:

– «намагання позбутися вузькоспеціалізованих лікарів і замінити їх сімейними – абсолютно безглузда ідея, яка вбиває медичну галузь»;

– «треба демонополізувати службу сімейних лікарів, щоб була можливість вибору державних чи приватних лікарів за одну ціну»;

– «повышать профессионализм врача, больше ему платить и давать гарантии пациенту для защиты своих прав, если что-то пойдет не так по вине врача»;

– «сімейна медицина – це крок на 100 років назад»;

– кожен повинен займатися вузькою спеціальністю, сімейний лікар усього знати не може, а тому не зможе надати кваліфіковану медичну допомогу. Для того, щоб у нашій країні працювала сімейна

медицина, повинні пройти роки при належному фінансуванні та забезпеченні»;

– «я считаю, что людям нужно донести все это и провести какие-то доказательства эффективности семейной медицины, что бы у них было доверие, чтобы они обследовались ежегодно на предмет предраковых заболеваний, хронических и прогрессирующих заболеваний, чтобы они доверяли своему врачу... и обращались только к нему, т.к., как по мне, специалист, который не один год ведет одного и того же больного (пациента) может быстрее и точнее поставить диагноз... зная семейный, жилищный анамнез + как развивалось заболевание. А наши люди привыкли обращаться... к кому попало, кого соседка посоветовала. Они соседям больше верят, чем медработникам. В общем, нужно больше просветительной работы... что бы люди сами поняли – это полезно и перспективно»;

– «заняться нужно качеством образования семейных врачей, и последипломного в том числе»;

– «не нравится мне эта идея. Я все понимаю, но мы до этого еще не доросли. Нет материальной базы, и у врачей нет стимула обрести высокую квалификацию»;

– «выбрать семейного врача в амбулатории нет возможности, т.к. население прикрепили к врачу, который был на участке, а анкеты заполнила самостоятельно медсестра на всю семью, только подпись просили поставить, на вопрос можно ли к другому врачу, сказали «Вы уже у нас в реестре»;

– «готовить семейных врачей надо с первого курса мединститута, оснастить поликлиники хорошей материально-технической базой, позволить пациентам выбирать семейных врачей и зарплату врачам с учетом качества и количества оказанных услуг»;

– «к семейному доктору мне приходилось обращаться в Греции. Боюсь, что наш контингент врачей

к такому обслуживанию пациентов еще не готов. На получение справки в бассейн потратил 3 дня, и в итоге получил ее в платной клинике за 20 мин. 2-й случай: ребенку 7 лет, поставили диагноз «вирусная ангина и воспаление легких», «определили» в больницу. Лекарства прописали уровня: папаверин, димедрол, анальгин (капельницы, уколы и т.д.). В виду того, что у нас была возможность обратиться к врачу, который «вел» ребенка с детства, ни один диагноз не подтвердился, через 3 дня ребенок оказался здоров»;

– «сузить перечень заболеваний, которые «повесили» на семейного врача (гинекология и педиатрия, как минимум). Не может один доктор знать абсолютно все»;

– «сімейний лікар – це терапевт і виконує обов'язки терапевта. Змінилась тільки назва»;

– «неприятно слышать, когда врач говорит: «Ну, давайте попробуем это, ну, а если не поможет, попробуем что-то другое».

Висновки

Результати соціологічного дослідження показали, що рівень задоволеності потреб населення в медичній допомозі на первинному рівні недостатній; поінформованість населення про власні права щодо послуг на рівні сімейної медицини також недостатня.

Перспективи подальших досліджень

Потребує удосконалення кваліфікація ЛЗПСЛ і поліпшення умов його праці, а також дотримання законодавства медичними спеціалістами при виконанні своїх функціональних обов'язків.

Література

1. До питання підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини // Медична освіта (Тернопіль). – 2006. – № 1. – С. 60–61.
2. Думанский Ю. В. Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Изд-во медунивер., 2013. – 253 с.
3. Загальна практика – сімейна медицина – основа формування Національної системи охорони здоров'я. За сімейним лікарем майбутнє системи охорони здоров'я : звіт МОЗ України. 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_082004_0.html. – Назва з екрана.
4. Загальна практика – сімейна медицина. Общая практика – семейная медицина / за ред. О. В. Синяченко. – Донецьк : Норд-Прес, 2011.
5. Запровадження кредитно-модульної системи у навчальному процесі з сімейної медицини: досвід та проблеми // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 21–22.
6. Косарев И. И. Этика семейного врача / И. И. Косарев // Медицинская кафедра. – 2006. – № 1. – С. 102–106.
7. Латишев Є. С. Формування системи сімейної медицини в Україні / Є. С. Латишев. – Київ, 2005. – 176 с.
8. Семейная медицина: взгляд изнутри // Ліки України. – 2005. – № 4. – С. 5–6.
9. Хаустова О. Психосоматична медицина: психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря / О. Хаустова // Ліки України. – 2005. – № 9. – С. 15–18.
10. Хит Йона Нравственные дилеммы в практике семейного врача: вопросы жизни и смерти / Йона Хит // Российский семейный врач. – 2005. – № 2. – С. 11–15.
11. Юоугтіс А. Медицина здоров'я / А. Юоугтіс // Науковий світ. – 2005. – № 12. – С. 22–23.

12. Jameson M. G. Medical controversies: the great divides / M. G. Jameson, S. Rixey // *Md. Med.* – 2011. – Vol. 12 (1). – P. 5–12.
13. Krall E. J. Doctors who doctor self, family, and colleagues / E. J. Krall // *WMJ.* – 2008. – Vol. 107 (6): 279–284.
14. Lam R. Office management of gait disorders in the elderly / R. Lam // *Can. Fam. Physician.* – 2011. – Vol. 57 (7). – P. 765–770.
15. Patients ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing / J. Matthys, G. Elwyn, M. Van Nuland, G. Van Maele // *Br. J. Gen. Pract.* – 2009. – Vol. 59 (558). – P. 29–36.
16. Results of the 2007 national resident matching program: familymedicine / P. A. Pugno, A. L. McGaha, G. T. Schmittling, A. De Vilbiss // *Fam. Med.* – 2007. – Vol. 39 (8). – P. 562–571.
17. The relationship between a statewide preceptorship program and family medicine residency selection / V.S. Kubal, J. Zweifler, S. Hughes, J.M. Reilly // *J. Am. Board Fam. Med.* – 2010. – Vol. 23 (1). – P. 67–74.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.11.2015 р.

Уровень удовлетворенности и информированности населения об услугах врача общей практики – семейного врача (Интернет-опрос)

Level satisfaction and awareness on services of family doctor (Internet survey)

Н.Я. Жилка¹, А.В. Кудря²

N.Ya. Zhylka¹, A.V. Kudria²

¹Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

¹National medical academy of postgraduate education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

²SI «Ukrainian institute of strategic researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Цель – определить проблемы взаимоотношений врача общей практики – семейного врача и пациента.

Purpose – to determine the relationship problems of family doctor with the patient.

Методы: структурно-логического анализа, библиосемантический, социологический, статистический и системного подхода.

Methods: structural and logical analysis, bibliosemantic, sociological, statistical and systematic approach.

Результаты социологического исследования показали, что уровень удовлетворенности потребностей населения в медицинской помощи на первичном уровне недостаточен; информированность населения о своих правах по услугам на уровне семейной медицины также недостаточна.

The **results** of sociological studies have shown that the level of satisfaction of the needs of the population in health care at the primary level of care family doctor insufficient; the awareness about their rights regarding services at the level of family medicine as insufficient.

Выводы. Требуется усовершенствования квалификация врача общей практики – семейного врача и улучшения условий его труда, а также соблюдение законодательства медицинскими специалистами при выполнении своих функциональных обязанностей.

Conclusions. Needs improvement qualification family doctor and improve their working conditions and the Regulatory Specialist health while performing their duties.

Ключевые слова: врач общей практики – семейный врач, респондент, пациент, информированность, эффективность.

Key words: general practitioners, family doctors, respondent patient awareness, efficiency.

Відомості про авторів

Жилка Надія Яківна – д.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Кудря Андрій Віталійович – н.с. сектору організації первинної медико-санітарної допомоги населенню відділу стратегії розвитку системи охорони здоров'я та наукових основ організації медичної допомоги населенню ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.