

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КЛИНИКАХ САРАТОВА И МАССАЧУСЕТСА

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

*Саратовский Государственный медицинский университет, кафедра
факультетской терапии
г.Саратов*

На сегодняшний день нет достаточного количества достоверной информации по проблеме удовлетворенности от лечения, несмотря на активное изучение этой проблемы. Весьма интересным является опыт американских коллег, в 1998 году проводивших научную программу Massachusetts Health Quality Partners (MHQP) Statewide Patient Survey Project посвященную этой проблеме. И так как подобных исследований на достаточно большой выборке пациентов в отношении российских больных не проводилось, то мы решили выяснить приоритеты отечественных пациентов, для чего в нашей клинике было проведено исследование по методике MHQP Statewide Patient Survey Project. Результаты, полученные в нашем исследовании, сравнивались с результатами указанной программы.

Материалы и методы

В программе MHQP Statewide Patient Survey Project принимало участие 51 медицинское учреждение штата Массачусетс. По почте были разосланы анкеты случайно выбранным 27414 пациентам.

Нами проводилось анкетирование пациентов, находящихся на стационарном лечении в Клинической больнице медицинского университета. Применяемая в обоих исследованиях анкета - опросник Picker Institute questions.

Результаты и обсуждение

В нашем опросе согласились принять участие 150 пациентов. В программе MHQP Statewide Patient Survey Project всего получены ответы 12680 пациентов.

При лечении пациента врачом обычно преследуются следующие цели: вылечить имеющееся у пациента заболевание (если это возможно) или хотя бы улучшить состояние, уменьшить число жалоб, предотвратить развитие осложнений и/или новых заболеваний у пациента и продлить его жизнь. Многими авторами неоднократно отмечалось, что взгляд пациента на эти цели, как и на целый ряд других аспектов эффективности лечения очень часто существенно отличается от мнения доктора [5,8,10]. То, чего хотят пациенты от лечения своего заболевания и улучшения своего состояния, в современной литературе очень часто описывают термином - удовлетворенность пациента от лечения. Это сложное понятие, очевидно зависящее

не только от качества медицинской помощи, но и от индивидуальных характеристик самого больного: тяжести заболевания, отношения к болезни, системы жизненных ценностей и т.п. На сегодняшний день нет достаточного количества достоверной информации по этой проблеме. Многими авторами обращается внимание, что медицинские критерии эффективности лечения чаще всего не стоят для пациента на первом месте в его системе ценностей. В ряде исследований указывается на значение уважительного и внимательного отношения к пациенту, как на наиболее значимый фактор для удовлетворенности пациента от лечения [4,7]. Так же упоминается значение информации о заболевании, предоставляемой пациенту, его дополни-

тельного обучения, привлечение семьи[2,6]. На наш взгляд, независимо от того, что сильнее влияет на удовлетворенность пациента от лечения, это в любом случае очень важный показатель, и в иерархии целей лечения он должен занимать место как минимум не ниже, чем многие характеристики качества жизни больного, а также ряд лабораторных и инструментальных критериев успешности работы врача.

Весьма интересным является опыт американских коллег, в 1998 году проводивших научную программу Massachusetts Health Quality Partners (MHQP) Statewide Patient Survey Project [6] посвященную удовлетворенности пациента от стационарного лечения. В программе принимало участие 51 медицинское учреждение штата Массачусетс, что составило 80% всех хирургических и терапевтических стационаров штата и 90% акушерских стационаров штата. Подобный объем исследования заставляет серьезно рассматривать его результаты. И так как подобных исследований на достаточно большой выборке пациентов в отношении российских больных не проводилось, то мы решили выяснить приоритеты отечественных пациентов, для чего в нашей клинике было проведено исследование по методике MHQP Statewide Patient Survey Project. Результаты, полученные в нашем исследовании, сравнивались с результатами указанной программы.

Материалы и методы

В программе MHQP Statewide Patient Survey Project, методику которого мы использовали, принимало участие 51 медицинское учреждение штата Массачусетс (стационары: многопрофильные, хирургические, терапевтические или акушерские). По почте были разосланы анкеты случайно выбранным 600 пациентам, выписавшимся из каждого из стационаров в промежуток с 1 января по 31 марта 1998г. Через 2 недели пациентам, не ответившим на опросник, высылались открытки с напоминанием. Опросники были доступны на 5 языках. В программе использовался ряд критериев исключения, в том числе возраст менее 18 лет, психиатрические заболевания, злоупотребление наркотическими препаратами. Результаты анализировались как по

каждому стационару отдельно, так и по 3 основным группам пациентов: терапевтические, хирургические, акушерско-гинекологические.

Нами в течение одного месяца, последовательно, проводилось анкетирование пациентов, находящихся на стационарном лечении одну неделю и более до дня опроса в одном из трех отделений клиники внутренних болезней (кардиология, терапия, гастроэнтерология) Клинической больницы медицинского университета, и достигших к этому моменту стабилизации состояния. В исследование включались только пациенты, имевшие опыт неоднократных госпитализаций, в течение последнего года в указанные отделения Клинической больницы №3 СГМУ. Вопросы анкеты касались предыдущей госпитализации пациента в наш стационар. Такой выбор критериев включения обусловлен следующими факторами. Во-первых, проведение опроса по почте, как это делалось американскими исследователями, в России гораздо более затруднительно по многим 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. В исследование также 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 - опросник Picker Institute questions[1], использованный до этого в целом ряде исследований[1-2,6]. Анкета состояла из 60 вопросов, которые были разбиты на 7 групп и, соответственно, посвящены: уважению к личности и к пред-

почтениям 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 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. 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 нами использовались результаты программы MNQP Statewide Patient Survey Project полученные только у терапевтических пациентов.

Результаты и обсуждение

В нашем опросе согласились принять участие 150 пациентов (87% из находившихся на момент опроса в стационаре более 7 дней и тех, кому было предложено заполнить опросник). 46% (69 человек) – мужчины, остальные женщины. Возраст колебался от 21 года до 82 лет. Средний возраст – 66 лет. Здесь следует отметить, что по порядку поступления пациентов и основным показателям деятельности наш стационар значительно не отличался от других не столичных клинических больниц. В этой связи все полученные нами результаты можно в определенной мере можно интерполировать на других пациентов отечественных терапевтических клиник.

В программе MNQP Statewide Patient Survey Project всего приняли участие 12680 пациентов (процент принявших уча-

стие составил от 28% до 59% от количества разосланных анкет по различным медицинским учреждениям).

По результатам MNQP Statewide Patient Survey Project 78% пациентов посчитали отношение к себе и своим предпочтениям уважительным. 72% были довольны организацией лечения, 71% считает достаточным информацию предоставленную им о заболевании и обучение проведенное в стационаре. 89% довольны физическим комфортом, обеспечиваемым в стационаре, 74% отмечают эмоциональную поддержку со стороны медицинского персонала, 77% - привлечение семьи к процессу лечения. Наименьший процент пациентов оказался удовлетворен процессом перехода от стационарного этапа лечения к амбулаторному – 66%.

В нашем опросе уважительное отношение к себе отметили 87% опрошенных. Организацией лечения были довольны 70% пациентов, а качеством предоставляемой информации 77% пациентов. Физический комфорт положительно оценили 84% пациентов. Адекватное привлечение к процессу терапии семьи отметили 58%. Об эмоциональной поддержке в стационаре сказали только 61% пациентов. Качеством рекомендаций при выписке оказались удовлетворены 49%. Причем, в подавляющем большинстве случаев при выписке проводилась беседа, и всем больным выдавались подробные письменные рекомендации.

В нашем случае сопоставлять результаты анкетирования с данными MNQP 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 наших американских коллег получились больше, вероятно в связи с тем, что объем исследования в их случае был больше, и соответственно разброс в ответах пациентов также выше.

Обращает внимание (табл.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 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 представление всей информации о заболевании и состоянии пациента 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 между госпитализациями 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 довольны, 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[3,9]. 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 общения с врачом не хватает и самим пациентам, то их близким внима-

ние врача достается действительно существенно в меньшей степени. И это опять же общая проблема для всех больных, независимо от национальности.

Наиболее уязвим процесс выписки из стационара, опять же, как для наших, так и для американских пациентов, хотя, вероятно, для отечественных больных этот момент является еще более критическим. Об этом свидетельствуют и достоверные отличия по данному параметру. Очевидно, именно этот момент является наиболее сложным во взаимоотношениях врача и пациента. Вероятно, докторами недостаточно внимания уделяется 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[5,8,10]. 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, каковые и имели место у обследованных нами больных. Возможно, целесообразно некоторое изменение порядка выписки пациента из стационаров в виде увеличения количества и изменения характера предоставляемой в этот момент информации. Вряд ли различные «школы» для больных, с большим количеством развернутой, но однотипной информации о заболевании и лечении, могут масштабно решить эту задачу. Очевидно, больше внимания должно быть уделено именно индивидуальным особенностям пациентов, а также их восприятию своей болезни и возможностей ее лечения.

Заключение

Таким образом, в оценках стационарного лечения больными из разных клиник, разных стран очень много общего. Существует целый ряд проблем, очевидно беспокоящих пациентов, но неадекватно оцениваемых их лечащими врачами. Из всех них, процесс выписки из стационара получил наиболее низкую оценку обследуемых пациентов и по результатам

МНQP Statewide Patient Survey Project и по данным нашего собственного исследования. Представляется, что 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, удовлетворенность пациента от лечения связана с общими для различных больных и различных клиник моментами, что обуславливает необходимость разработки универсального подхода к этой проблеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Cleary P.D., Edgman-Levitan S., Walker J.D. //Qual Manag Health Care. 1993. №2. С.31.

2. Coulter A., Cleary P.D. //Health Affairs. 2001. Т.20. №3. С.44.

3. Gascon J., Sanchez-Ortuno M., Llor B., et all //The Annals of Pharmacotherapy. 2004. №11. С.1794.

4. Joffe S., Manocchia M., Weeks J., Cleary P. //J Med Ethics. 2003. №29. С.103.

5. Kernick Dp, Reinhold Dm, Mitchell A //Family Practice. 1999. Т.16 №6. С.562.

6. Massachusetts Health Quality Partnership. // Massachusetts Health Quality Partnership. Massachusetts acute care hospital statewide patient survey project. Boston. 1998. 258с.

7. Morris NM. //J Public Health Policy. 1997. №18. С.133

8. Neuberger J. //BMJ. 1998. №317. С.260

9. Pollock K., Grime J. //BMJ. 2002. №325. С.687

10. St Claire L., Watkins CJ., Billinghurst B. //Family Practice. 1996. Т.13. №6. С.511

Comparative analysis of therapeutic patients' satisfaction with in-hospital treatment in clinics of Saratov and Massachusetts

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

Saratov, State educational institution of higher professional education Saratov Medical State university of Roszdrav, Faculties therapy chair

Despite numerous studies of patient satisfaction with treatment, they have not resulted in the enough authentic information about this problem. Massachusetts Health Quality Partners (МНQP) conducted the Statewide Patients survey to provide hospitals information about patients' satisfaction. Results of program were very interesting. We hadn't such studies in Russia and that is why we collected information in Clinical Hospital of Saratov Medical State University to reveal patients' mind about this problem in our country using the methods of МНQP Statewide Patients survey. Data from our study was compared with results of mentioned survey.

Measures and methods

МНQP Statewide Patient Survey Project obtained results from 51 hospitals across Massachusetts. 27414 questionnaires were mailed.

We conducted survey from in-patients of clinical hospital of medical state university. Hospital experiences were assessed with Picker institute question in both studies.

Results and discussion

150 patients took part in our study. 12680 respondents constituted the sample for analysis in МНQP Statewide Patients survey. Patients' satisfaction with treatment with respect for patient preferences, coordination of care, information and education, physical comfort in our hospital was the same with Massachusetts results. Inclusion of family and friends was determinate by patients as insufficient as in our clinic, as in Massachusetts hospitals; moreover rate of satisfied patients in our hospital was lower than in Massachusetts. The most critical finding is low level of patients satisfied with continuity and transition after discharge from hospital in both countries, but especially in Russia.

Conclusion

There are more common in patients' characteristic of in-hospital treatment in different countries. Evaluation of continuity and transition after discharge from hospital by patients was the lowest as in current study as in MHQP Statewide Patients survey. Further research is needed to measure specific aspect of doctors' last conversation with patient in hospital and some changes in this process should be done.