

Накопленный опыт позволил выделить ряд принципиально важных методических моментов планирования, организации и проведения мониторинга распространенности основных ФР НИЗ: основы анализа закладываются при разработке анкеты; создание структуры базы данных должно начинаться одновременно с созданием анкеты; база данных должна содержать информацию обо всех лицах, включенных в выборку (идентификационный код, возраст, пол, адрес, телефон (там, где он имеется), а не только об обследованных; мониторинг осуществляется только на основе обследования представительных случайных выборок, сформированных из населения мониторируемой административной единицы; необходимо провести обучение и тренинг персонала, задействованного в мониторинговании ФР.

**Т.В. Калинина, И.Н. Мороз, М.В. Штонда, М.В. Щавелева,
С.И. Станкевич, Л.В. Шваб, Ю.Е. Демидчик**

ОЦЕНКА ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Введение. Оценка качества медицинской помощи является одной из актуальных и приоритетных задач современного здравоохранения. В последние десятилетия особое значение приобретают социологические исследования по оценке качества оказания медицинской помощи, которые, по мнению академика РАМН А.В. Решетникова (2002), являются одними из наиболее эффективных инструментов современных информационных технологий управления.

Большинство опубликованных исследований свидетельствуют о том, что предпочтение и в нашей стране, и за рубежом отдается организации и проведению социологических опросов среди населения [1–4].

Следует отметить, что социологические исследования по проблемам качества оказания медицинской помощи среди врачей-специалистов представляют важную составляющую субъективной оценки деятельности системы здравоохранения и влияют на принятие управленческих решений в области охраны здоровья населения. В связи с этим было проведено исследование, **целью** которого явилось изучение мнения врачей-специалистов, работающих в организациях здравоохранения Республики Беларусь, о качестве оказания медицинской помощи населению. Особое внимание в исследовании уделено оценке качества медицинской помощи врачами-терапевтами, так как данные специалисты являются одним из основных (ключевых) звеньев оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования была разработана анкета, предусматривающая изучение проблемы по не-

скольким направлениям: оценка качества медицинской помощи, факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи, правовые аспекты деятельности медицинского персонала.

Особое внимание в исследовании уделено рассмотрению двух основных аспектов, характеризующих качество медицинской помощи: качество структуры (структурные факторы) и качество процесса (процессуальные факторы).

Для оценки влияния качества структуры на оказание медицинской помощи в анкету были включены следующие вопросы: «Оцените уровень организации контроля качества медицинской помощи», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи квалификации врача», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи Вашей рабочей нагрузки», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи социальной защищенности врача», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи обеспеченности лечебно-диагностической аппаратурой».

В анкету были включены следующие вопросы, характеризующие влияние качества процесса на качество оказания медицинской помощи: «Оцените качество профилактики», «Оцените качество диагностики», «Оцените качество лечения», «Оцените качество медицинской реабилитации».

В исследовании приняли участие 408 врачей-специалистов, в том числе 79 врачей-терапевтов (19,4%). Среди врачей-терапевтов, включенных в исследование, – 61 женщина (77,2%) и 18 мужчин (22,8%). Средний возраст респондентов составил $41,3 \pm 1,2$ года. Стаж работы врачей-терапевтов, принявших участие в исследовании, составил в среднем $17,39 \pm 1,24$ года.

Результаты исследования. Результаты исследования показали достоверное различие в оценке врачами-терапевтами факторов качества структуры, влияющих на качество оказания медицинской помощи ($\chi^2=40,8$, $p<0,001$). Средняя оценка влияния качества структуры на качество оказания медицинской помощи населению составила $3,71 \pm 0,09$ балла.

Наиболее значимыми структурными факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи, респонденты указали рабочую нагрузку врача и организацию работы учреждения здравоохранения. Высокую и очень высокую оценку влиянию данных факторов дали 68,35% и 69,69% опрошенных врачей-терапевтов, соответственно. Средняя оценка значимости этих факторов составила, $3,91 \pm 0,11$ и $3,79$ балла, соответственно.

Среди значимых «структурных» факторов, определяющих качество оказания медицинской помощи, респонденты отметили также обеспеченность лечебно-диагностическим оборудованием (64,6%), квалификацию врача (65,82%). Средние оценки значимости этих факторов качества структуры составили $3,89 \pm 0,12$, $3,74 \pm 0,09$ балла, соответственно.

Организация контроля качества в учреждениях здравоохранения и социальная защищенность медицинских работников представлялись оп-

рошенным врачам относительно несущественными факторами, влияющими на качество медицинской помощи. Только 41,77% и 56,9% респондентов дали высокую и очень высокую оценку влияния данных факторов. Почти половина опрошенных дали очень низкую, низкую и среднюю оценки значимости данных факторов, при этом средние оценки составили $3,40 \pm 0,08$ и $3,48 \pm 0,12$ балла, соответственно.

Средняя оценка влияния качества процессуальных факторов на качество оказания медицинской помощи населению, включающая оценку качества профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации врачей-терапевтов составила $3,13 \pm 0,04$ балла и была достоверно ниже, чем средняя оценка врачей-специалистов ($3,34 \pm 0,04$ балла, $p < 0,001$).

Полученные данные позволяют говорить о достоверном различии мнения врачей-терапевтов по оценке процессуальных факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи ($\chi^2 = 26,9$, $p < 0,001$).

Среди процессуальных факторов, существенно влияющих на качество оказания медицинской помощи, респонденты отметили качество лечения и качество диагностики. Оценивая влияние данных факторов, почти 39% и 48% врачей-терапевтов, принимавшие участие в исследовании, поставили высокие и очень высокие оценки. Средние оценки влияния лечения и диагностики на качество оказания медицинской помощи были достоверно выше ($t = 1,96$, $p < 0,05$), чем средние оценки влияния качества профилактических мероприятий ($2,82 \pm 0,10$ балла) и медицинской реабилитации ($2,97 \pm 0,09$ балла), и, соответственно, составили $3,27 \pm 0,86$ и $3,44 \pm 0,07$ балла.

В меньшей степени, по мнению терапевтов, на качество оказания медицинской помощи оказывают влияние качество профилактических мероприятий и медицинской реабилитации. Каждый третий опрошенный дал низкую и очень низкую оценку влияния качества профилактических мероприятий на качество оказания медицинской помощи (31,64%). При этом средняя оценка влияния данного фактора составила $2,82 \pm 0,10$ балла, и была наиболее низкой по сравнению со средними оценками влияния таких факторов, как лечение, диагностика и медицинская реабилитация.

Вывод. Сравнительный анализ оценки влияния структурных и процессуальных факторов на качество оказания медицинской помощи населению, основанный на результатах анкетного опроса врачей-терапевтов, свидетельствует о более значимом влиянии структурных факторов, определяющих организационно-техническое качество ресурсов, в том числе кадровых ($\chi^2 = 39,9$, $p < 0,001$). Полученные данные позволяют утверждать, что средняя оценка влияния структурных факторов на качество оказания медицинской помощи населению достоверно выше средней оценки влияния процессуальных факторов: $3,71 \pm 0,09$ и $3,13 \pm 0,04$ балла, соответственно ($t > 3,29$, $p < 0,001$).

Литература:

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44: 166–206.

2. Антипова С.И., Горячева С.В. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси // Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 54-56.

3. Котова Г. Н., Нечаева Е. Н., Гучек П. А., Карасева Л. Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22-27 .

4. Максименко Л.Л., Курьянов А.К. Изучение мнения населения о проблемах здоровья и здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 1. – С. 20 – 22.

И.Д. Козлов¹, А.А. Гракович², В.В. Апанасевич¹
РИСК СМЕРТИ ОТ ОСНОВНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫЙ С КУРЕНИЕМ, У
МУЖЧИН
40–59 ЛЕТ г. МИНСКА

¹ *ГУ Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»*

² *Отделение медицинских наук Национальной академии наук
Беларуси*

Курение является одним из социальных и поведенческих факторов, которые, способствуя развитию многих заболеваний, приводят к преждевременной и добавочной смертности населения. По данным ВОЗ, курение табака обуславливает примерно 90% всех случаев рака легких, 75% хронических бронхитов и эмфизем, 35% случаев ишемической болезни сердца. Вместе с тем, уровень медицинских и социальных потерь, обусловленных курением, существенно колеблется от страны к стране и от популяции к популяции. Для их оценки в каждой конкретной стране и популяции необходимо знать распространенность курения и величину риска смерти от всех причин и от отдельных групп основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), связанную с курением. В связи с изложенным, целью настоящего исследования явилось изучение риска смерти от основных НИЗ, связанного с курением, по данным проспективного наблюдения.

Материал и методы исследования. Контингент: 4241 обследованных из случайной выборки мужчин 40–59 лет г. Минска численностью в 6000 человек. Первичное обследование было проведено в период с 1978 по 1985 годы. Отклик на обследование составил 70,7%. Применялись стандартные методы обследования, рекомендованные ВОЗ для эпидемиологических исследований хронических неинфекционных заболеваний. Для выявления статуса и интенсивности курения использовался опросный метод. Последовательно в стандартной формулировке задавались вопросы о курении сигарет (сигар, трубки) в настоящее время и в прошлом. Курящими считались обследуемые, регулярно выкуривавшие на момент обследования минимум 1 сигарету в день. Курившими в прошлом считались обследован-