

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ КАЧЕСТВА

Салко О. Б.¹, Щавелева М. В.²

Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,
г. Минск, Республика Беларусь¹
Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь²

Резюме. Сахарный диабет 1 типа заболевание, развитие которого невозможно предотвратить, но развитие осложнений которого, приводящих к сокращению и снижению качества жизни, можно предупредить. Немаловажную роль в этом играют мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи. Одно из них – мониторинг мнений пациентов по вопросам ее оказания.

Ключевые слова: сахарный диабет (СД), удовлетворенность, пациент.

STUDYING SATISFACTION BY PROVIDING MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE I AS A DIRECTION FOR IMPROVING QUALITY OF MEDICAL CARE

Salko O. B.¹, Schaveleva M.V.²

Republican Center of Medical Rehabilitation and Balneotherapy, Minsk, Belarus¹
Belarussian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus²

Summary. Type 1 diabetes mellitus is a disease the development of which cannot be prevented, but the development of its complications, leading to a reduction and decrease in the quality of life, can be prevented. An important role in this played by measures aimed at improving the quality of medical care. One of them is monitoring the opinions of patients on the issues of its provision.

Key words: diabetes mellitus, satisfaction, patient.

На сегодняшний день сахарный диабет может рассматриваться как индикатор эффективности систем здравоохранения, поскольку СД – это четко определенное и довольно легко диагностируемое заболевание [1]. Ведение данного заболевания требует преемственности различных звеньев оказания медицинской помощи, четко скоординированных мероприятий, направленных на обеспечение пациентов необходимыми лекарственными средствами и технологиями оказания медицинской помощи, а также активного участия самого пациента в процессе лечения. Все вышеперечисленное приобретает

особую актуальность, когда мы говорим о пациентах с СД 1 типа – заболевания, характеризующегося сокращением жизни и значительным ухудшением ее качества. СД 1 типа – заболевание, развитие которого невозможно предотвратить, но развитие осложнений которого, приводящих к сокращению и снижению качества жизни, можно предупредить, в т.ч. за счет активной вовлеченности в лечебный процесс самого пациента [1]. Одним из критериев этой вовлеченности является постоянный мониторинг мнений пациентов об их удовлетворенности различными аспектами лечебного процесса.

Нами на основе авторской анкеты (Салко О. Б.), прошедшей рецензирование в Институте социологии НАН Беларуси (рецензия доцента В. Р. Шухатович), была изучена удовлетворенность пациентов с СД 1 типа оказываемой медицинской помощью: доступностью посещения медицинских работников, удовлетворенностью получаемым лечением. Изучались вопросы участия пациентов в принятии решений по поводу своего заболевания и др. На вопросы анкеты ответили взрослые (≥ 18 лет) пациенты с СД 1 типа ($N=442$), представлявшие все регионы Республики Беларусь. Средний возраст опрошенных составил $39,84 \pm 1,31$ лет. Гендерный состав: 49,10% респондентов – мужчины ($n=217$), 50,90% – женщины ($n=225$). Средний «стаж заболевания» респондентов составил $17,83 \pm 1,08$ года; у 38,46% респондентов ($n=170$) заболевание протекало более 20 лет.

Большинство пациентов – 62,22% ($n=275$) оценило состояние своего здоровья как «удовлетворительное», 21,95% ($n=97$) – как «хорошее», 2,49% ($n=11$) – как «очень хорошее». «Плохим» состояние своего здоровья считают 12,22% ($n=54$ респондента) и «очень плохим» 1,13% ($n=5$). Выявлено достоверное влияние стажа заболевания на самооценку здоровья (критерий Краскала-Уоллиса, $p=0,002$). Данное влияние объясняется, с нашей точки зрения, широким распространением хронических осложнений СД 1 типа, накопление которых идет с увеличением «стажа» заболевания.

Большая часть респондентов оценивают уровень собственных знаний о СД как «достаточный» и «скорее достаточный» – 36,88% ($n=163$) и 47,29% ($n=209$) соответственно. Ответ «скорее недостаточный» отмечен у 7,24% респондентов ($n=32$), «недостаточный» – у 1,58% ($n=7$). Остальные ($n=31$ или 7,01%) испытывали затруднения при ответе. Не выявлено зависимости между уровнем знаний о СД и «стажем» заболевания (критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок, $p=0,154$). То есть пациенты нуждаются в постоянном (независимо от «стажа» СД) пожизненном обучении для поддержания достаточного уровня знаний и представлений о СД, стойкой компенсации обменных процессов.

Доступность посещения врача-эндокринолога оценена большинством респондентов (77,37%; $n=342$) как «доступное тогда, когда мне нужно»; посещение медсестры, оказывающей помощь в связи с СД, – 73,76% опрошенных ($n=326$ человек). Возможность задать вопрос по телефону (скайпу

и пр.) эндокринологу отметили 2,26% респондентов; медицинской сестре, оказывающей помощь в связи с СД, – 7,47%.

Большинство респондентов (65,16%; n=288) утверждают, что принимают участие в решениях относительно назначаемого лечения СД. Еще 24,89% пациентов (n=110) принимают участие в принятии таких решений время от времени. Достоверно чаще участвовали в принятии решений по данному вопросу лица, оценивающие уровень своих знаний о СД как «достаточный» или «скорее достаточный» ($\chi^2 = 7,67$, $p = 0,0056$). Кроме того, чаще участвуют в принятии решений относительно собственного лечения лица с хорошей и очень хорошей самооценкой здоровья ($\chi^2 = 6,95$, $p = 0,0084$). Большинство опрошенных (85,49%) не являются членами каких-либо обществ или ассоциаций пациентов, больных СД; 8,62% респондентов вообще не знают, что существуют подобные объединения. Состоят в подобных обществах (ассоциациях) 5,90% опрошенных. Данный факт рассматривается нами как проблемный при анализе вовлеченности пациентов в управление своим заболеванием.

На вопрос «Получали ли Вы необходимую конкретно Вам информацию относительно Вашего заболевания на приеме у врача?» 95,24% (n=421) ответили утвердительно. Полученная информация оценена как доступная 97,86% пациентов. Пациенты с низкой самооценкой здоровья («плохое», $\chi^2 = 7,38$, $p = 0,0066$) достоверно чаще испытывают потребность в новой информации о СД.

Вне зависимости от используемой схемы лечения (генноинженерные – аналоговые инсулины человека, ГИЧ – АИЧ), большая часть респондентов удовлетворена получаемым лечением: полную удовлетворенность высказало 69,23% респондентов (n=306); скорее удовлетворены – 22,62% (n=100). В целом, удовлетворенность проводимым лечением чаще отмечалась пациентами, получающими 2 АИЧ – 98,87% удовлетворенных в той или иной мере (полностью удовлетворены – скорее удовлетворены), табл.1.

Таблица 1. Распределение ответов пациентов с СД 1 типа относительно удовлетворенности лечением в зависимости от используемых схем лечения

Схема лечения	Количество пациентов	Полностью удовлетворены	Скорее удовлетворены	Скорее не удовлетворены	Не удовлетворены	Затр. ответить	Всего, %
2 (ГИЧ)	260	63,46% 165 чел	26,15% 68	3,46% 9	3,08% 8	3,85% 10	100%
ГИЧ+АИЧ	93	69,89% 65	21,51% 20	4,30% 4	1,08% 1	3,22% 3	100%
2 (АИЧ)	89	85,39% 76	13,48% 12	0	1,13% 1	0	100%
Всего	442	69,23% 306	22,62% 100	2,94% 13	2,26% 10	2,94% 13	100%

С момента выявления СД 1 типа большинство пациентов (91,86%; n= 406) прошли обучение в Школе диабета. При этом 8,14% пациентов ни разу не проходили подобное обучение: 52,63% из них (n=19) отметили, что им такое обучение не предлагалось; еще 26,32% отказались от обучения; остальные (21,05%) указали на др.причины.

Почти половина респондентов (48,28%; n=196), прошедших обучение в Школе диабета, проходили его более 2-х раз; 27,34% (n=111) – один раз, 24,38% (n=99) – два раза. Приходится констатировать недостаточное вовлечение пациентов (как по факту привлечения, так и по частоте прохождения) к обучению в Школах диабета. Еще одно косвенное свидетельство недостаточной вовлеченности в обучение: только 45,64% (n=202) опрошенных указало на то, что хотело бы обучиться в Школе диабета (в первый раз или повторно). Выбор пациентами места и условий обучения представлен следующим образом: в большинстве ответов (36,68%) преобладает форма on-line обучения; далее следует обучение в стационаре (24,46%); поликлинике (22,55%); в санатории (16,30%).

Выводы

1. На фоне признания того, что для предотвращения развития осложнений и преждевременной смерти от СД 1 типа необходимо участие в ведении заболевания самого пациента, возрастает значимость исследований удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

2. Большинство опрошенных нами пациентов (77,37%) оценивают возможность посещения врача-эндокринолога как доступную; аналогичного мнения пациенты придерживаются относительно контакта со средними медицинскими работниками, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с СД 1 типа. Абсолютное большинство (95,24%) респондентов отметили, что получают необходимую им информацию на приеме у врача-эндокринолога.

3. Вне зависимости от используемой схемы лечения 91,85% респондентов удовлетворены получаемым лечением; чаще на удовлетворенность от лечения указывают пациенты, получающие 2 АИЧ.

4. Уровень своих знаний о СД как «достаточный» («скорее достаточный») оценивает 84,17% пациентов. Эти лица достоверно чаще участвовали в принятии решений относительно собственного лечения по сравнению с теми, кто оценивал свой уровень знаний как более низкий. Отсутствие зависимости между уровнем знаний о СД и стажем заболевания, выявленное нами, является свидетельством потребности в пожизненном обучении пациентов с СД.

5. Установлена недостаточная вовлеченность пациентов к обучению в Школах диабета, а также недостаточная вовлеченность в работу пациентских ассоциаций. Выявленные факты могут препятствовать поддержанию достаточного уровня знаний и представлений пациентов о СД, а, следовательно, сказаться на вовлеченности пациентов в управление своим заболеванием, и негативно отразиться на результативном компоненте качества медицинской помощи данным пациентам.

6. При организации работы Школ здоровья, в т.ч. школ диабета, необходимо учитывать появившуюся потребность пациентов в on-line обучении.

Литература

1. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: <https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/>. Дата доступа: 15 янв. 2020

ПРОБЛЕМА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Синица Л. Н., Пальцева А. И., Новосад Е. А.*, Пархоменко А. В.*

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь*

Резюме. В статье проанализированы некоторые аспекты проблемы бронхолегочной дисплазии, которая формируется у глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, что связано с увеличением частоты выхаживания данной группы пациентов.

Ключевые слова: недоношенный ребенок, дыхательные расстройства, бронхолегочная дисплазия.

THE PROBLEM OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN PREMATURE INFANTS AT THE PRESENT STAGE

Sinitsa L. N., Paltseva A. I., Novosad E. A.*, Parkhomenko A. V.*

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus*

Summary. The article analyzes some aspects of the problem of bronchopulmonary dysplasia, which is formed by deeply premature infants with extremely low body weight, which is associated with an increase in the frequency of nursing of this group of patients at the present stage.

Key words: premature infant, respiratory distress, bronchopulmonary dysplasia.

Введение. В современном мире частота преждевременных родов составляет 5-7% и тенденции к снижению этого показателя не отмечается [1, 2].