

О. О. ОШИВАЛОВА^{1,2}

ВИВЧЕННЯ ДУМКИ ПАЦІЄНТІВ З ЕПІДЕРМАЛЬНИМИ ДИСПЛАЗІЯМИ ШКІРИ ЩОДО ВАЖЛИВОСТІ ТА ЗАДОВОЛЕНОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: вивчити думки пацієнтів з епідермальними дисплазіями шкіри (ЕДШ) щодо важливості та ступеня задоволеності спеціалізованою медичною допомогою.

Матеріали і методи. Розроблено анонімну анкету і опитано 283 пацієнти, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами відповідно до Локальних протоколів медичної допомоги. Статистичну обробку матеріалів дослідження проводили з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм SPSS 10.0, EXCEL-2000. Вірогідність відмінностей оцінювали за допомогою критеріїв відповідності χ^2 , Стьюдента (p).

Результати. Аналіз компонентів спеціалізованої медичної допомоги показав, що майже всі опитані (62,5–88 %) підкреслюють важливість всіх без виключення складових із високим рівнем задоволеності (68,2–92,2 %). Достовірні відмінності між ступенем важливості та рівнем задоволеності в дослідженні було виявлено лише при порівняльному аналізі компонентів «Надання інформації про профілактичні заходи в подальшому» і «Організація лікувального процесу» ($p=0,001$). Усі компоненти оцінки опинилися в сегменті «Успішні результати».

Висновки. Складові медичної допомоги (робота медперсоналу, організація лікувально-діагностичного процесу, соціально-побутові умови, поінформованість пацієнтів), з точки зору пацієнтів з ЕДШ, є важливими компонентами спеціалізованої медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: епідермальні дисплазії шкіри; задоволеність пацієнтів; важливість компонентів медичного обслуговування.

Проблему організації медичної допомоги населенню в більшості країн світу розглядають як основу національної політики у сфері охорони здоров'я, що зумовлено розвитком і вдосконаленням міжнародної системи стандартизації, необхідністю успішної діяльності медичних закладів різних форм власності в умовах ринкової економіки, підвищенням вимог населення до якості медичної допомоги, посиленням уваги суспільства до кінцевих результатів медичної діяльності [1, 7]. Політика і стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), спрямовані на досягнення системами охорони здоров'я країн світу найбільш повного потенціалу для здоров'я населення та поліпшення медичного обслуговування, ґрунтуються, зокрема, на принципах постійного вдосконалення якості медичної допомоги [2].

Якість охорони здоров'я визначається як «ступінь, в якому медичні послуги для населення збільшують ймовірність бажаних результатів для здоров'я та відповідають сучасним професійним знанням» [12]. Неефективні та невизначені процеси, необґрунтований набір пацієнтів, відмінності в освіті та досвіді лікарів і численні інші

фактори зумовлюють складності в отриманні якісної медичної допомоги [10].

Оскільки неефективність викликана збоями в системі управління чи процесах надання медичної допомоги, важливо застосовувати різні методи вдосконалення медичної допомоги для запобігання неефективності та можливості зворотного впливу [17].

Задоволеність пацієнтів є важливим аспектом якості медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, але систематично не вивчалася після лікування епідермальних дисплазій шкіри (ЕДШ) [14]. Відповідно до результатів наукових досліджень, короткотривале задоволення пацієнтів із немеланомним раком шкіри (НМРШ) зумовлено міжособистісним спілкуванням персоналу, фінансовими аспектами та особливостями догляду. Довгострокове задоволення пацієнтів після лікування НМРШ пов'язане з характеристиками пацієнта перед лікуванням (психічне здоров'я, якість життя із хворобою шкіри), а також із типом лікування (хірургічне, електродеструкція та інше), але не пов'язане з особливостями пухлини [14]. Вивчення думки пацієнтів із ЕДШ щодо якості медичного обслуговування більше стосується застосованої

медичної технології і не включає оцінку організації процесу медичної допомоги [8, 13, 16].

Вивчення думки пацієнтів, як споживачів медичних послуг, може стати ключем до покращення результатів лікування та зменшення витрат на охорону здоров'я. Пацієнти, які поінформовані про свій стан здоров'я та беруть участь у прийнятті рішень щодо лікування, як правило, мають кращі результати для здоров'я і, як правило, несуть менші витрати [11]. Центр охорони здоров'я «Делойт» провів національне репрезентативне опитування дорослих у США з лютого до березня 2018 р. для виявлення тенденцій щодо залучення споживачів до охорони здоров'я. Результати опитування показують, що: більшість пацієнтів орієнтовані на рейтинги ефективності медичних технологій, ніж у попередні роки; споживачі все більше проявляють прихильність до нових методів, зокрема діагностики в домашніх умовах; кількість споживачів, які відслідковують свої медичні дані за допомогою інформаційної системи, зростає більш ніж удвічі з 2013 р.; багато хто з пацієнтів також готовий поділитися власними даними, щоб покращити стан здоров'я та продуктивність лікування [11].

За результатами дослідження: 83 % пацієнтів повідомили, що персонал надав їм повне пояснення щодо мети діагностичного обстеження і 86 % пацієнтів сказали, що персонал повністю пояснив, що робити під час тестування; 82 % пацієнтів повідомили, що вони отримали зрозумілі відповіді на важливі питання щодо лікування; 91 % пацієнтів вказали, що вони отримали зрозумілі відповіді на важливі питання щодо свого захворювання; 85 % пацієнтів мали впевненість і довіру до всіх лікарів, які їх лікували; 84 % пацієнтів отримали чітку письмову інформацію про те, що їм потрібно або не потрібно виконувати після лікування з метою профілактики рецидивів чи прогресування захворювання; 95 % пацієнтів повідомили, що вони мали змогу ознайомитись із своєю медичною документацією; 88 % пацієнтів оцінили перебування в лікувальному закладі в цілому як відмінне або дуже добре [11].

Із результатів інших досліджень відомо, що прихильність пацієнтів до лікування в дерматології мало вивчена. Переважають дослідження, що ґрунтуються на анкетах, які, як правило, переоцінюють прихильність, а реально зниження прихильності до дерматологічного лікування відзначають у 34–45 % пацієнтів. Цілком ймовірно, що відсоток пацієнтів, які практикують справді оптимальне лікування у своєму повсякденному житті, ще нижчий, враховуючи практику самолікування [15].

На думку науковців, розуміння ставлення та уподобань споживачів щодо організаційних аспектів медичної допомоги може бути головним інструментом у підтримці здорової поведінки

пацієнтів, досягненні кращих результатів лікування та покращення досвіду медичного персоналу [9]. Вивчення думки пацієнтів про різні аспекти медичного обслуговування являє собою механізм зворотного зв'язку, причому багатьма дослідженнями показано, що суб'єктивні оцінки не тільки достатньо сильно корелюють з об'єктивною характеристикою, але й дозволяють виявити нюанси, які іншими методами (наприклад, медико-статистичними показниками) встановити складно або неможливо [3].

Мета роботи: вивчити думки пацієнтів з ЕДШ щодо важливості компонентів спеціалізованої медичної допомоги та ступеня задоволеності нею.

Матеріали і методи. За спеціально розробленою анонімною анкетой було опитано 283 пацієнти з ЕДШ, а саме 132 (46,6 %) хворих на актинічний кератоз, 78 (27,6 %) хворих на неінвазивну та 73 (25,8 %) хворих на інвазивну форми плоскоклітинного раку шкіри, які отримали спеціалізовану дерматовенерологічну медичну допомогу в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами відповідно до затверджених Локальних протоколів медичної допомоги цій категорії хворих [5]. Анкета включала питання, що стосуються складових (компонентів) амбулаторно-поліклінічного лікування ЕДШ та мають вплив на задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги: 1) діяльність медичного персоналу; 2) надання інформації про захворювання; 3) надання інформації про маніпуляції, процедури, діагностичне обстеження; 4) надання інформації про лікування, його ефективність та можливі ускладнення, медикаменти, правила прийому та поведінки; 5) надання інформації про профілактичні заходи в подальшому; 6) організація діагностичного процесу; 7) організація лікувального процесу; 8) оцінка санітарно-гігієнічного стану клінічних підрозділів.

Збір даних та оцінку результатів проводили за методикою двомірного аналізу «важливість–виконання», яка враховує, що задоволеність наданою медичною допомогою – це багатомірне (багатокомпонентне) явище [4, 6]. Одні компоненти більш важливі для людей і впливають на їхню задоволеність, а інші – ні. Тому для оцінки було використано вимірювання не тільки ступеня задоволеності пацієнтів, а й важливості кожної компоненти. Результати внесено до спеціальної двомірної карти, яка складається з 4-ох квадрантів: «успішні результати», «зосередитися на цьому», «можлива переоцінка», «низький пріоритет». Назви квадрантів показують значимість результатів дослідження:

– «успішні результати» відповідають високій оцінці важливості критерію та досягнутому високому рівню задоволеності показником;

– «зосередитися на цьому» відповідає результату високих очікувань і низького рівня задоволеності;

– «можлива переоцінка» – при невисокому рівні очікувань досягнутий високий рівень задоволеності, що може бути пов'язано з малою значимістю того чи іншого критерію оцінки для споживача;

– «низький пріоритет» – рівень задоволеності пацієнтів не досягнутий навіть при низькому рівні очікувань [4, 6].

Ступінь важливості компонента оцінювали по 5-бальній шкалі: 5 балів – «дуже важливо»; 4 бали – «важливо»; 3 бали – «байдуже»; 2 бали – «маловажливо»; один бал – «не важливо»; ступінь задоволеності вимірювали також за 5-бальною шкалою: 5 балів – «повністю задоволений»; 4 бали – «скоріше задоволений, ніж не задоволений»; 3 бали – «складно відповісти»; 2 бали – «скоріше не задоволений, ніж задоволений»; один бал – «повністю незадоволений».

Серед опитаних було 132 (46,6 %) чоловіків і 151 (53,4 %) жінок, із них: 3 (1 %) осіб віком від 18 до 24 років, 3 (2,1 %) осіб віком від 25 до 29 років, 9 (3,2 %) осіб віком від 30 до 34 років, 12 (4,2 %) осіб віком від 35 до 39 років, 28 (9,9 %) осіб віком від 40 до 44 років, 15 (5,3 %) осіб віком від 45 до 49 років, 32 (11,3 %) осіб віком від 50 до 54 років, 31 (11 %) осіб віком від 55 до 59 років, 48 (17 %) осіб віком від 60 до 64 років, 43 (15,2 %) осіб віком від 65 до 69 років, 38 (13,4 %) осіб віком від 70 до 74 років, 18 (6,4 %) осіб віком 75 років і старші. Таким чином, серед респондентів переважали особи віком 50 років і старші (210 осіб – 74,2 %).

Розподіл респондентів за освітою – 225 (79,5 %) осіб з вищою, в тому числі незакінченою, освітою; 58 (20,5 %) – з середньою (в тому числі середньо-спеціальною) освітою. За соціальним положенням опитані розподілились наступним чином: 121 (42,8 %) – працюючі, 144 (50,9 %) – пенсіонери, 14 (4,9 %) – непрацюючі, 3 (1,06 %) – студенти.

Частота відвідувань респондентами лікаря-дерматовенеролога з приводу ЕДШ склала: 65,4 % – один раз на рік (185 осіб), 26,5 % – один раз на 6 місяців (85 осіб), 18,4 % – один раз на 3 місяці (18 осіб), інші 1,7 % (5 осіб) – від 2 разів на місяць. Більшість респондентів скористалися попереднім записом до лікаря-дерматовенеролога через реєстратуру (42,8 % – 121 особа), 29 % (82 особи) були записані лікарем-терапевтом дільничним, 22,3 % (63 осіб) – записались під час попереднього прийому в лікаря-дерматовенеролога, 1,4 % (4 осіб) через лікаря іншого фаху, 1,7 % (5 осіб) самостійно по телефону через кабінет лікаря-дерматовенеролога і 2,8 % (8 осіб) прийшли на прийом без попереднього запису.

Статистичну обробку матеріалів дослідження проводили з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм SPSS 10.0, EXCEL-2000 [4]. Вірогідність відмін-

ностей оцінювали за допомогою критеріїв відповідності χ^2 , Стьюдента (р).

Результати дослідження та їх обговорення.

У цілому повністю задоволеними наданою допомогою виявилися більше 2/3 опитаних (85,2 %), ще 14,8 % – також скоріше задоволені, ніж незадоволені. Негативної оцінки серед опитаних респондентів не було. Детальний аналіз складових (компонентів) амбулаторно-поліклінічного лікування, які впливають на рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою, показав, що майже всі опитані (62,5–88 %) підкреслюють важливість всіх без виключення складових із високим рівнем задоволеності (68,2–92,2 %) (табл. 1).

Абсолютна більшість опитаних (71,4 %) підкреслюють дуже важливе значення діяльності медичного персоналу – середній бал важливості цієї складової – 4,71. Майже аналогічний розподіл відповідей щодо задоволення нею: «повністю задоволені» – 77,4 % респондентів, «скоріше задоволені» – 21,2 %, «скоріше незадоволені» – 2 опитаних (0,7 %); також 2 респонденти (0,7 %) – не визначились з відповіддю (табл. 1).

Серед причин незадоволення діяльністю медичного персоналу 100 % тих, хто відповів на це запитання, назвали недостатню увагу до пацієнтів. Тобто результати показали, що всі випадки незадоволення роботою медичного персоналу пов'язані не з їх кваліфікацією або умовами (приміщення, обладнання тощо), в яких вони працюють, а зі ставленням до пацієнтів. Такий стан оцінки може свідчити про негативний вплив низького комплаєнсу між лікарем та пацієнтом на дотримання останнім рекомендацій під час діагностики чи лікування.

Однією з вагомих складових медичної допомоги хворим на ЕДШ є інформування пацієнтів про їх стан здоров'я, наслідки та ускладнення основного захворювання, доцільність операційного втручання, діагностичних досліджень, процедур і маніпуляцій, правила поведінки пацієнта при їх виконанні, виконання рекомендацій з профілактики рецидивів чи прогресування хвороби.

Про важливість цих компонентів для самих пацієнтів свідчать результати проведеного анкетування – 62,5–82 % опитаних віднесли ці відомості до групи «дуже важливих», решта (18–33,9 %) – до групи «важливих» (табл. 1). Причому, за рейтингом важливості найціннішою для пацієнтів з ЕДШ є інформація про саме захворювання, його наслідки та прогноз для життя (середній бал – 4,82). Всього 62,5 % респондентів віднесли інформацію про заходи подальшої профілактики рецидиву або прогресування захворювання до «дуже важливої» (середній бал – 4,58). І тільки один (0,4 %) респондент відзначив, що йому байдуже до інформації про процедури, маніпуляції, діагностичне обстеження (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл варіантів відповідей пацієнтів з ЕДШ щодо важливості та задоволеності спеціалізованою медичною допомогою, отриманою у закладі

Складові (компоненти)	Важливість, варіанти відповідей (%)					Задоволеність, варіанти відповідей (%)					Порівняльна оцінка важливості та задоволеності	
	дуже важливо	важливо	байдуже	маловажливо	неважливо	повністю задоволені	скоріше задоволені	складно відповісти	скоріше незадоволені	повністю незадоволені	χ^2	p
Діяльність медичного персоналу	71,4	28,6	0	0	0	77,4	21,2	0,7	0,7	0	2,68	0,102
Надання інформації про захворювання	82	18	0	0	0	84,5	14,5	1	0	0	0,62	0,432
Надання інформації про процедури, маніпуляції, діагностичне обстеження	74,2	25,4	0,4	0	0	78,8	19,8	1,4	0	0	1,66	0,198
Надання інформації про лікування, його ефективність та можливі ускладнення, медикаменти, правила прийому та поведіння	77,1	22,9	0	0	0	78,4	21,6	0	0	0	0,16	0,687
Надання інформації про профілактичні заходи в подальшому	62,5	33,9	3,6	0	0	92,2	7,4	0,4	0	0	71,24	0,001
Організація діагностичного процесу	71,4	28,6	0	0	0	72,8	26,1	0	1,1	0	0,14	0,708
Організація лікувального процесу	88	11,6	0,4	0	0	68,2	28,6	1,1	2,1	0	32,39	0,001
Оцінка санітарно-гігієнічного стану клінічних підрозділів	71	27,2	1,8	0	0	70,3	27,6	1,4	0,7	0	0,03	0,854

Щодо рівня задоволеності пацієнтів наданням інформації про їхнє захворювання, його наслідки та ускладнення, то 84,5 % респондентів «повністю задоволені»; ще 14,5 % – «скоріше задоволені» (середній рівень становить 4,83 бала). 78,4 % респондентів «задоволені повністю» якістю наданої інформації щодо майбутнього лікування, його очікуваної ефективності, ускладнень, поведіння хворого в цей період (середній бал – 4,78). Майже аналогічний розподіл оцінок пацієнтів з ЕДШ про отриману інформацію щодо процедур і маніпуляцій, діагностичного обстеження (78,8 % – «задоволені повністю», середній бал – 4,77). Найвищий рівень задоволеності опитані відзначили від рекомендацій щодо профілактики в подальшому (92,2 % – «задоволені повністю», середній бал – 4,92). Серед опитаних не зареєстровано респондентів, які б були «скоріше незадоволені» або «повністю незадоволені» отриманою інформацією. Але 3 (1 %) респонденти не змогли визначитись із рівнем задоволеності щодо інформації про захворювання, 4 (1,4 %) респонденти – щодо діагностичного обстеження і

один (0,4 %) респондент – щодо заходів подальшої профілактики (табл. 1).

Організацію лікувального і діагностичного процесів (очікування, місце проведення, догляд, дискомфорт під час проведення діагностичних чи лікувальних маніпуляцій, процедур тощо) абсолютна більшість опитаних пацієнтів з ЕДШ також віднесли до групи «дуже важливих» (71,4 і 88 % відповідно) і «важливих» (28,6 і 11,6 %) складових спеціалізованої медичної допомоги (табл. 1). Тільки один (0,4 %) респондент проявив байдужість до організації лікування. «Повністю задоволені» реалізацією цих компонентів були 72,8 і 68,2 % респондентів відповідно. Серед основних причин незадоволеності організацією діагностичного процесу респондентів назвали відчуття дискомфорту під час процедур і маніпуляцій (3 респонденти – 1,1 %). Майже ті ж самі причини вплинули на задоволеність опитаних організацією лікувального процесу: 0,4 % (один респондент) – вказав на те, що деякі процедури виконувались в інших лікувальних закладах; 1,7 % (5 респондентів) відчували дискомфорт під час

деяких маніпуляцій і процедур (табл. 1). Середній бал задоволеності організацією діагностичного процесу склав 4,71, а лікувального – лише 4,62.

Варто відзначити, що аналіз рівня задоволеності якістю медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах відрізняється від стаціонарного насамперед оцінкою головним чином доступності, обсягу і кваліфікації медичної допомоги, а питання побутових умов мають вторинний характер. У дослідженні 71 % респондентів відзначили, що дотримання санітарно-гігієнічних умов у клінічних підрозділах були «дуже важливими» для них (середній бал склав 4,69) і 70,3 % респондентів були «повністю задоволені» ними (середній бал – 4,67) (табл. 1).

Достовірні відмінності між ступенем важливості та рівнем задоволеності в дослідженні були виявлені лише при порівняльному аналізі компонентів «Надання інформації про профілактичні заходи в подальшому» і «Організація лікувального процесу». Так важливість інформації щодо заходів профілактики як «дуже важливо» оцінили лише 62,5 % респондентів при 3,6 % респондентів, яким було «байдуже» до вищезазначеної інформації. При цьому, рівень задоволеності отриманою інформацією був достовірно вищим ($p=0,001$) і оцінений 92,2 % опитуваних як «повністю задоволені» (табл. 1). Протилежну ситуацію спостерігаємо із організацією лікувального процесу, а саме при високому ступені важливості цього компонента (88 % респондентів) ми отримали достовірно ($p=0,001$) нижчий рівень задоволеності (68,2 % респондентів) ніж очікували

(табл. 1). Інших достовірних відмінностей між оцінкою важливості та задоволеності компонентами спеціалізованої медичної допомоги виявлено не було ($p>0,05$) (табл. 1).

Профіль оцінки ступеня важливості та рівня задоволеності різних компонентів амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ наведено на рисунку 1.

Незважаючи на різницю оцінки ступеня важливості та рівня задоволеності за компонентами «Надання інформації про профілактичні заходи в подальшому» і «Організація лікувального процесу» (середній бал 4,58 і 4,92 та 4,88 і 4,62 відповідно) достовірних відмінностей показників виявлено не було ($p=0,843$ і $p=0,877$ відповідно) (рис. 1). Бальні оцінки інших компонентів медичної допомоги коливались між 4,69 і 4,83 балами і не мали достовірних відмінностей між очікуваннями респондентів і рівнем задоволення своїх очікувань.

Отримані результати за критеріями важливості та задоволеності окремими компонентами спеціалізованої медичної допомоги були нанесені на двомірну карту (рис. 2).

На рисунку 2 всі 8 критеріїв (компонентів) оцінки спеціалізованої медичної допомоги опинилися в сегменті «Успішні результати», в тому числі: діяльність медичного персоналу; інформування пацієнтів про їхнє захворювання; про процедури, маніпуляції, методи лікування та організація діагностичного і лікувального процесів.

Незважаючи на достовірну кількісну різницю в оцінці респондентами «Надання інформації про профілактичні заходи в подальшому» і

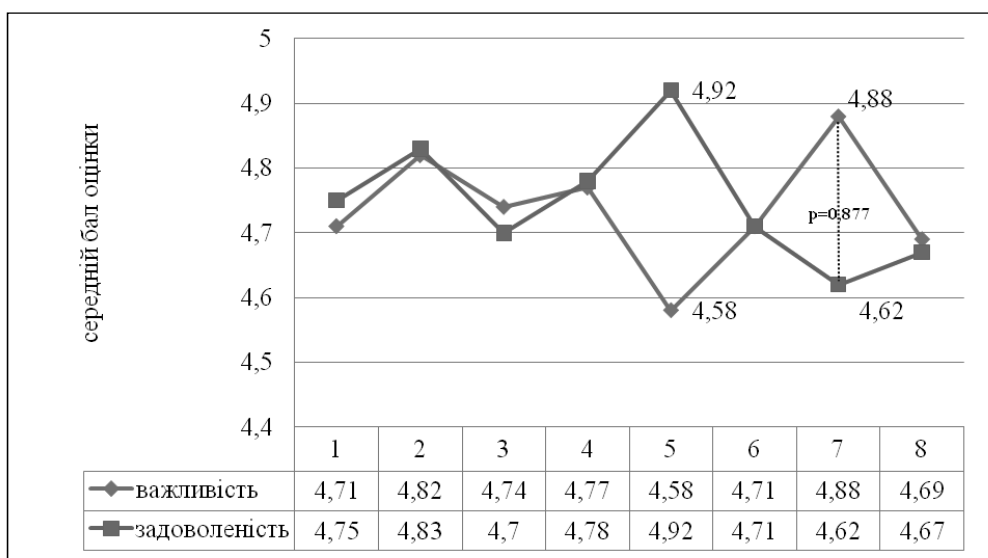


Рис. 1. Профіль оцінок важливості та задоволеності окремих складових амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ.

Примітки: 1 – діяльність медичного персоналу; 2 – надання інформації про захворювання; 3 – надання інформації про маніпуляції, процедури, діагностичне обстеження; 4 – надання інформації про лікування, його ефективність та можливі ускладнення, медикаменти, правила прийому та поведження; 5 – надання інформації про профілактичні заходи в подальшому; 6 – організація діагностичного процесу; 7 – організація лікувального процесу; 8 – оцінка санітарно-гігієнічного стану клінічних підрозділів.

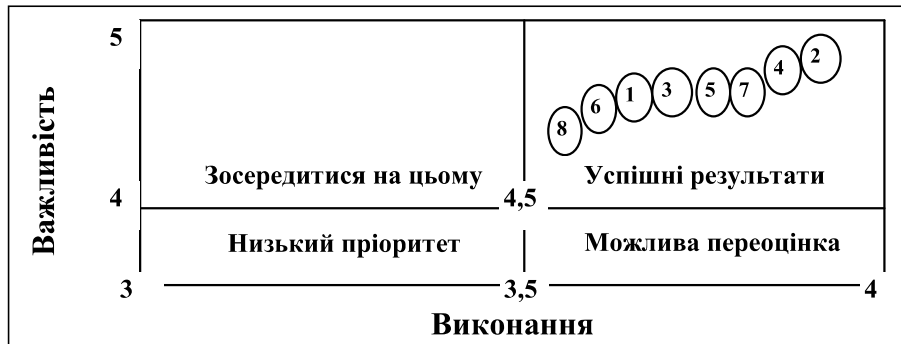


Рис. 2. Середні рівні оцінки важливості та задоволеності окремими компонентами спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ: позначки «1–8» компоненти медичної допомоги, які відповідають пунктам приміток до рисунка 1.

«Організація лікувального процесу» в категоріях «дуже важлива» і «повністю задоволені», середні бали цих компонентів також потрапили в квадрант «Успішні результати» (пункт 5 і 7) (рис. 2), що свідчить про відповідність рівня задоволеності рівню очікувань респондентів. Жодна компонента спеціалізованої медичної допомоги не потрапила в квадранти, що відповідають низькій їх значимості для пацієнтів («Низький пріоритет» і «Можлива переоцінка»).

Загалом 90,7 % респондентів відзначили, що отримали саме ту допомогу, яку очікували, і 8,8 % – кращу ніж очікували. Тільки один (0,4 %) респондент не зміг визначитися з відповіддю. Респондентів, які б були розчаровані якістю медичної допомоги в нашому дослідженні не було.

Висновки

Результати вивчення важливості та задоволеності пацієнтів з ЕДШ спеціалізованою медичною допомогою після впровадження Локального протоколу медичної допомоги цій категорії хворих показали:

1. Усі складові цієї допомоги – від роботи медичного персоналу, організації лікувально-діагностичного процесу, соціально-побутових умов перебування у закладі до надання детальної інформації про заплановані заходи, їхні наслідки, правила поведінки, з точки зору пацієнтів, є важливими компонентами спеціалізованої медичної допомоги.

2. До категорії «Успішні результати» щодо задоволеності пацієнтів з ЕДШ під час амбу-

латорно-поліклінічного лікування віднесено всі 8 досліджуваних компонентів, а саме: діяльність медичного персоналу, надання інформації про захворювання, про виконані процедури, маніпуляції, обстеження, профілактичні заходи, організація діагностичного і лікувального процесів, санітарно-гігієнічні умови клінічних підрозділів.

3. Використана методика двомірного оцінювання дозволила охарактеризувати («очима пацієнтів») найбільш значимі для пацієнтів з ЕДШ аспекти надання спеціалізованої медичної допомоги, які впливають на позитивну або негативну оцінку діяльності даного лікувального закладу, виявити потенційні можливості її покращення.

4. Отримані результати дослідження необхідно враховувати при організації медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ. Пацієнт має бути інформованим і брати участь у прийнятті рішень з діагностики, лікування і профілактики власних захворювань.

Перспективним напрямком подальших досліджень є, на наш погляд, проведення соціологічного опитування серед медичного персоналу лікувального закладу з метою вивчення їхньої думки щодо важливості та задоволеності своєю діяльністю, мотивації надавати якісні медичні послуги, зацікавленості в підвищенні рівня професійної компетенції, покращенні поінформованості пацієнтів з точки зору формування партнерських взаємовідносин зі споживачами медичних послуг.

Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Український медичний часопис. – 2012. – № 5 (91). – С. 108–110.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Здоров'я-2020. Основи політики та стратегія // Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро. – Копенгаген, 2012. – 192 с.
3. Зюков О. Л. Задоволеність медичного персоналу хірургічних стаціонарів якістю медичного обслуговування онкологічних хворих / О. Л. Зюков // Медичні перспективи. – 2008. – Т. XIII, № 1. – С. 111–118.
4. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : МОРИОН, 2000. – 320 с.
5. Ошивалова О. Ефективність впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на епідермальні дисплазії шкіри у багатопрофільному медичному закладі / О. Ошивалова // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – Вип. 1, Т. 1 (148). – С. 307–313.

6. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрос ; пер. с англ. – М. : Гэотар Медицина, 2000. – 423 с.
7. Слабкий Г. О. Основні міжнародні підходи до визначення і формування основ політики поліпшення якості медичних послуг / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 4. – С. 119–120.
8. Esmann S. Management of actinic keratosis patients: a qualitative study / S. Esmann, G. B. Jemec // *J. Dermatolog. Treat.* – 2007. – Vol. 18. – P. 53–58.
9. Hughes R. G. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD) / R. G. Hughes // Agency for Healthcare Research and Quality (US). – 2008. – Chapter 44.
10. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC // National Academy Press. – 2001. – P. 164–180.
11. Inside the patient journey: Three key touch points for consumer engagement strategies. Findings from the Deloitte 2018 Health Care Consumer Survey. Access mode : <https://www2.deloitte.com/insights/us/en/industry/health-care/patient-engagement-health-care-consumer-survey.html>.
12. Lohr K. N. A strategy for quality assurance in Medicare / K. N. Lohr, S. A. Schroeder // *N. Engl. J. Med.* – 1990. – No. 322. – P. 1161–1171.
13. Measurement of utility in nonmelanoma skin cancer / W. Lear, J. E. Akeroyd, N. Mittmann [et al.] // *J. Cutan. Med. Surg.* – 2008. – No. 12. – P. 102–106.
14. Patient satisfaction after treatment of nonmelanoma skin cancer / M. M. Asgari, D. Bertenthal, S. Sen [et al.] // *Dermatol. Surg.* – 2009. – No. 35 (7). – P. 1041–1049.
15. To follow or not to follow dermatological treatment – a review of the literature / J. Serup, A. K. Lindblad, M. Maroti [et al.] // *Acta Derm. Venereol.* – 2006. – No. 86. – P. 193–197.
16. Validation of a quality-of life instrument for patients with nonmelanoma skin cancer / J. S. Rhee, B. A. Matthews, M. Neuburg [et al.] // *Arch. Facial. Plast. Surg.* – 2006. – No. 8. – P. 314–318.
17. Varkey P. Basics of quality improvement in health care / P. Varkey, K. Peller, R. K. Resar // *Mayo Clin Proc.* – 2007. – No. 82 (6). – P. 735–739.

References

1. Voronenko, Yu. V., & Gorachuk, V. V. (2012). Metodichni pidkhody do vprovadzhennia standartyzatsii orhanizatsiinykh tekhnolohii u systemu upravlinnia yakistiu medychnoii dopomohy [Methodical approaches to the introduction of standardization of organizational technologies in the quality management system of medical care]. *Ukr. med. chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 5 (91), 108-110 [in Ukrainian].
2. (2012). Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia. Zdorovia-2020. Osnovy polityky ta stratehiia [World Health Organization. Health 2020. Policy Basics and Strategy]. *Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia, Yevropeiske rehionalne biuro – World Health Organization, European Regional Office*, Kopengagen. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf [in Ukrainian].
3. Ziukov, O.L. (2008). Zadovolenist medychnoho personalu khirurhichnykh statsionariv yakistiu medychnoho obsluhovuvannia onkologichnykh khvorykh [Satisfaction of medical staff of surgical hospitals with the quality of medical care of cancer patients]. *Medychni perspektyvy – Medical Perspectives*, XIII (1), 111-118. Retrieved from: http://medpers.dsma.dp.ua/issues/2008/N1/MedPers_2008_1.pdf [in Ukrainian].
4. Lapach, S.N., Chubenko, A.V. & Babich, P.N. (2000). *Statisticheskiye metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispolzovaniyem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]*. Kyiv: MORION [in Ukrainian].
5. Oshyvalova, O.O. (2019). Efektyvnist vprovadzhennia lokalnoho protokolu medychnoi dopomohy khvorym na epidermalni dysplazii shkiry u bahatoprofilnomu medychnomu zakladi [Effectiveness of implementation of local protocol of medical care for patients with epidermal skin dysplasia in a multidisciplinary medical institution]. *Visnyk problem biologii i medytsyny – Bulletin of Problems in Biology and Medicine*, Iss. 1, 1 (148), 307-313. Retrieved from: [https://vpbm.com.ua/ua/vyipusk-1-tom-1-\(148\)-2019/11975](https://vpbm.com.ua/ua/vyipusk-1-tom-1-(148)-2019/11975) [in Ukrainian].
6. Saltman, R.B., & Figeyros, Dzh. (2000). *Reformy systemy zdavoookhraneniya v Yevrope. Analiz sovremennykh strategiy [Health system reform in Europe. Analysis of modern strategies]*. Moscow: Geotar Meditsina [in Russian].
7. Slabkyi, H.O., & Dudina, O.O. (2008). Osnovni mizhnarodni pidkhody do vyznachennia i formuvannia osnov polityky polipshennia yakosti medychnykh posluh [The basic international approaches to defining and formulating the basics of the policy of improving the quality of medical services]. *Okhorona zdorovia Ukrainy – Health Protection of Ukraine*, 4, 119-120 [in Ukrainian].
8. Esmann, S., & Jemec, G.B. (2007). Management of actinic keratosis patients: a qualitative study. *J Dermatolog. Treat.* 18, 53-58. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365267>.
9. Hughes, R.G. (2008). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD). *Agency for Healthcare Research and Quality (US), Chapter 44*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>.
10. (2001). Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC. National Academy Press.
11. Inside the patient journey: Three key touch points for consumer engagement strategies. *Findings from the Deloitte 2018 Health Care Consumer Survey*. Retrieved from: <https://www2.deloitte.com/insights/us/en/industry/health-care/patient-engagement-health-care-consumer-survey.html>.
12. Lohr, K.N., & Schroeder, S.A. (1990). A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl. J. Med.*, 322, 1161-1171. Retrieved from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199003083221031>

13. Lear, W., Akeroyd, J. E., Mittmann, N., & Murray, C. (2008). Measurement of utility in nonmelanoma skin cancer. *J. Cutan. Med. Surg.*, 12, 102-106.
14. Asgari, M.M., Bertenthal, D., Sen, S., Sahay, A., & Chren, M.M. (2009). Patient satisfaction after treatment of nonmelanoma skin cancer. *Dermatol. Surg.*, 35 (7), 1041-1049. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2710423/>
15. Serup, J., Lindblad, A. K., Maroti, M., Kjellgren, K. I., Niklasson, E., Ring, L., & Ahlner, J. (2006). To follow or not to follow dermatological treatment – a review of the literature. *Acta Derm. Venereol.*, 86, 193-197. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16710573>
16. Rhee, J.S., Matthews, B.A., Neuburg, M., Logan, B.R., Burzynski, M., & Nattinger, A.B. (2006). Validation of a quality-of-life instrument for patients with nonmelanoma skin cancer. *Arch. Facial. Plast. Surg.*, 8, 314-318. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2556600/>
17. Varkey, P., Peller, K., & Resar, R.K. (2007). Basics of quality improvement in health care. *Mayo Clin. Proc.*, 82 (6), 735-739. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17550754>

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ ДИСПАЗИЯМИ КОЖИ О ВАЖНОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Е. А. Ошивалова^{1,2}

¹Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: изучить мнение пациентов с эпидермальными дисплазиями кожи (ЭДК) о важности и степени удовлетворенности специализированной медицинской помощью.

Материалы и методы. Разработана анонимная анкета и опрошено 283 пациента, которые получили специализированную медицинскую помощь в Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами согласно Локальным протоколам медицинской помощи. Статистическую обработку материалов исследования проводили с использованием методов биометрического анализа, реализованных в пакетах программ SPSS 10.0, EXCEL-2000. Достоверность различий оценивали с помощью критериев соответствия χ^2 , Стьюдента (p).

Результаты. Анализ компонентов специализированной медицинской помощи показал, что почти все опрошенные (62,5–88 %) подчеркивают важность всех без исключения составляющих с высоким уровнем удовлетворенности (68,2–92,2 %). Достоверные различия между степенью важности и уровнем удовлетворенности были обнаружены только при сравнительном анализе компонентов «Предоставление информации о профилактических мерах в дальнейшем» и «Организация лечебного процесса» (p=0,001). Все компоненты оценки оказались в сегменте «Успешные результаты».

Выводы. Составляющие медицинской помощи (работа медперсонала, организация лечебно-диагностического процесса, социально-бытовые условия, осведомленность пациентов), с точки зрения пациентов с ЭДК, являются важными компонентами специализированной медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эпидермальные дисплазии кожи; удовлетворенность пациентов; важность компонентов медицинского обслуживания.

STUDY OF OPINION OF PATIENTS WITH EPIDERMAL DYSPLASIA OF THE SKIN ON THE IMPORTANCE AND SATISFACTION OF THE SPECIALIZED MEDICAL CARE

O. O. Oshyvalova^{1,2}

¹State Scientific Institution "Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine" of the State Administration, Kyiv, Ukraine

²P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose: to study the opinion of the patients with epidermal dysplasia of the skin (EDS) regarding the importance and degree of satisfaction with a specialized medical care.

Materials and Methods. An anonymous questionnaire was developed and 283 patients were interviewed who received specialized medical care at the "State and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine" of the Scientific State Administration of the Affairs according to the Local Protocols of the Medical Assistance. Statistical processing of the study materials was made using biometric analysis methods, implemented in SPSS 10.0, EXCEL-2000 programmes packs. Statistical differences were estimated using χ^2 , Student's t test.

Results. The analysis of the components of the specialized health care showed that almost all respondents (62.5 – 88 %) emphasize the importance of the all without exception components with high level of satisfaction (68.2 – 92.2 %). Significant differences between the degree of importance and the level of satisfaction were found only in the comparative analysis of the components "Provision of information on preventive measures in

the future” and “Organization of the treatment process” ($p = 0.001$). All components of the evaluation were in the segment “Successful results”.

Conclusions. The components of the medical care (work of medical staff, organization of the medical-diagnostic process, social conditions, patient awareness) from the point of view of the patients with EDS are important components of the specialized medical care.

KEY WORDS: epidermal dysplasia of the skin; patient satisfaction; importance of the health care components.

Рукопис надійшов до редакції 26.06.2019 р.

Відомості про автора:

Ошивалова Олена Олександрівна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; доцент кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; тел.: +38(044) 254-64-41.