УДК 614.2+616-058+616-084+616-036.82+616.441
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16416

Н. Я. КОБРИНСЬКА[1], О. З. ДЕЦИК[2]

МОНІТОРИНГ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ПАЦІЄНТІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ ТА ЇХ РОДИЧІВ ЯК ПІДҐРУНТЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

[1]Державна Установа «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» Національної академії медичних наук України, м. Київ, Україна
[2]Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: оцінити валідність моніторингу задоволеності медичною допомогою пацієнтів та їх родичів в умовах війни для прийняття управлінських рішень.

Матеріали і методи. Опитали пацієнтів столичного ендокринологічного центру з раком (95) та іншими хронічними захворюваннями щитоподібної залози (505), а також практично здорових осіб (172) з числа їх родичів та близьких.

Результати. Опитані пацієнти характеризуються в 2,1-4,4 рази меншими, ніж їх практично здорові родичі, шансами невдоволеності медичною допомогою (OR=0,33; 95%CI: 0,23-0,47). Спільним для всіх респондентів було переважання претензій до первинної медичної допомоги (ПМД): 54,5-58,9%. Опитані пацієнти на рівні ПМД в 4,2-6,8 разів рідше, ніж їх родичі, скаржилися на високу вартість послуг (0,24; 0,15-0,40) та в 1,1-2,7 рази – на вартість ліків (0,58; 0,37-0,93). При отриманні ними спеціалізованої амбулаторної допомоги спостерігались в 5,3-16,7 разів нижчі шанси скарг на неввічливе ставлення персоналу (0,19; 0,06-0,59), в 3,7-9,0 разів – недовіри до лікаря (0,27; 0,11-0,67), у 2,8-5,9 разів – претензій до застарілості обладнання (0,36; 0,17-0,76). При стаціонарному лікуванні виявлені у 3,6-6,8 разів менші скарги на недостатньо сучасне обладнання (0,28; 0,15-0,51), в 3,5-6,7 разів – на некомфортні умови перебування в закладі (0,29; 0,15-0,55), у 3,6-7,6 разів – на недостатнє інформування про методи втручання (0,28; 0,13-0,59), у 3,4-6,9 разів – на неввічливе ставлення персоналу (0,30; 0,15-0,61), у 3,0-6,8 разів – на недовіру до лікаря (0,33; 0,15-0,74) та в 2,7-5,6 разів – на неналежну координованість дій між підрозділами (0,37; 0,18-0,76). З'ясовано, що у 40-50% пацієнтів та третини родичів були прояви тривоги та депресії.

Висновки. Для прийняття управлінських рішень варто опитувати не тільки пацієнтів, але й їх родичів та близьких, враховуючи при цьому значну поширеність тривоги та депресії в громадян України в умовах війни.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак щитоподібної залози; хронічні захворювання щитоподібної залози; медична допомога; задоволеність; управління охороною здоров'я.

Задоволеність пацієнтів є важливим індикатором якості медичної допомоги та ефективності функціонування системи охорони здоров'я загалом, оскільки відображає не лише клінічні результати лікування, а й досвід пацієнта, ефективність лікування та організацію медичних послуг [1, 2].

Особливої ваги пацієнт-орієнтований підхід набув в Україні під час реформування системи охорони здоров'я. Впровадження права вибору лікаря та конкуренції між надавачами послуг підсилили роль пацієнта як учасника прийняття рішень. В цих умовах моніторинг задоволеності пацієнтів стає для закладів охорони здоров'я важливим інструментом зворотного зв'язку та індикатором якості медичної допомоги, що дозволяє враховувати очікування пацієнтів [3, 4].

Це повністю відповідає сучасним підходам до управління закладами охорони здоров'я, які передбачають регулярний моніторинг задоволеності пацієнтів як інструмент внутрішнього контролю якості та безперервного вдосконалення медичних послуг [1, 5-6].

Для спеціалізованої медичної допомоги, зокрема в ендокринології, актуальність посилюється тим, що пацієнти з хронічними захворюваннями, включаючи тиреоїдну патологію, потребують тривалого спостереження, безперервності лікування та високої якості комунікації між лікарем і пацієнтом, що безпосередньо впливає на результати лікування та прихильність до терапії [7-9].

В Україні ситуація ускладнена тим, що повномасштабна війна з російською федерацією

© Н. Я. Кобринська, О. З. Децик, 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

негативно вплинула на демографічну ситуацію, фізичне та психічне здоров'я населення, доступність медичної допомоги [10].

Мета дослідження: оцінити наскільки моніторинг задоволеності медичною допомогою пацієнтів спеціалізованого ендокринологічного центру та їх родичів в умовах повномасштабної війни може слугувати підґрунтям для прийняття управлінських рішень.

Матеріали і методи. Впродовж 2024-2025 років на базі консультативно-поліклінічного відділення ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України провели аналітичне ретроспективне дослідження типу «випадок-контроль».

Вибірки сформували з осіб, які погодились взяти участь у дослідженні, підписавши відповідні поінформовані згоди. Опитали 600 пацієнтів із хворобами щитоподібної залози, з них 95 осіб з раком (РЩЗ) і 505 – з іншими хронічними захворюваннями (ХЗЩЗ), а саме: нетоксичним багатовузловим зобом, нетоксичним вузловим зобом, токсичною аденомою, хворобою Грейвса (дифузним токсичним зобом), хронічним аутоімунним тиреоїдитом. Критеріями виключення стали: пацієнти без патологічних змін щитоподібної залози за даними УЗД та гормональними показниками. Контрольну групу склали 172 особи з числа родичів пацієнтів, які за результатами комплексного обстеження визнані практично здоровими (ПЗ). Групи порівняння не відрізнялись за віком, статтю та місцем проживання ($p>0,05$). Розподіл опитаних за віком: до 40 років – 31,6% респондентів з РЩЗ, 34,5% – з ХЗЩЗ, 37,8% в контрольній групі, 40-49 років – 32,6%, 27,7% та 29,1% відповідно, 50-59 років – 21,1%, 22,6% та 15,1%, 60 і старші –14,7%, 15,2% та 18,0% ($p=0,21122$). Питома вага жінок у групах порівняння становила 78,9%, 75,0% та 75,6% ($p=0,41663$), міських мешканців – 80,0%, 75,2% та 74,4% ($p=0,31972$).

Опитування здійснювали за спеціально розробленою авторською програмою. Анкету спочатку валідизували на 15 особах для оцінки чіткості і зрозумілості питань, необхідної тривалості опитування та внесення корективів. Опитувальник містив питання стосовно демографічних характеристик, потенційних чинників ризику патології ЩЗ, доступності, використання послуг системи охорони здоров'я та задоволеності ними.

Для об'єктивної оцінки рівня тривоги і депресії використали госпітальна шкалу тривоги і депресії – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [11], яка складається із 14 питань, непарні з яких призначені для оцінювання тривоги, а парні – депресії. На кожне запитання є чотири відповіді, які оцінюються балами від 0 до 3. За відповідною сумою балів (окремо за парні та непарні запитання) кожному респондентові визначався рівень тривоги та депресії: 0-7 балів – норма, 8-10 балів – субклінічно, і більше 11 балів – клінічно виражена тривога і депресія.

Статистична обробка отриманих даних проводилась на основі створеної за допомогою Microsoft Excel бази даних шляхом розрахунку показників частоти досліджуваних ознак на 100 опитаних, які дали відповідь на питання, та їх стандартних похибок (±m). Оцінка достовірності різниці отриманих даних у порівнюваних групах здійснювалась за допомогою критерія хі-квадрат Пірсона (χ^2) [12]. Нульова гіпотеза про несуттєвість різниці відкидалась при отриманому значенні $p<0,05$.

З метою встановлення вагомості впливу потенційних чинників ризику на РЩЗ та ХЗЩЗ використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Вплив оцінювався як вагомий, коли 95% CI не містив одиниці [12].

Дизайн та програми дослідження розглянуті і затверджені Комісією з питань біоетики ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України (протокол №52-КЕ від 22.10.2024).

Представлена робота виконана як фрагмент комплексних науково-дослідних робіт ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України «Удосконалення діагностики, лікування, до- та післяопераційної тактики ведення поєднаної тиреоїдної патології у жителів України в умовах військового часу» (№ держреєстрації 0123U100762, терміни виконання 2023-2025), а також кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету «Медико-соціальне обґрунтування удосконалення організації профілактики, медичної та реабілітаційної допомоги населенню» (№ державної реєстрації 0124U001983, термін виконання 2024-2028).

Результати дослідження та обговорення. Встановлено, що тільки поодинокі опитані в усіх групах порівняння були повністю незадоволеними медичною допомогою – 2,3-2,9% (рис. 1).

Водночас, посередньо її оцінювали, тобто мали якісь претензії в тій чи іншій мірі, уже досить вагомі частки респондентів, причому найбільша з них (63,1%) спостерігалась в контрольній групі практично здорових осіб, у 1,5 рази менша (38,2%) – серед осіб з ХЗЩЗ, і найменша – серед опитаних з РЩЗ ($p<0,001$). Тобто, чим важче захворювання, тим краще респонденти оцінювали свій рівень задоволеності медичною допомогою. Обчислення показника відношення шансів підтвердило, що наявність РЩЗ та ХЗЩЗ асоціюється із високою імовірністю повної задоволеності отриманими медичними послугами (OR=4,10; 95%CI: 2,38-7,06; $p<0,001$ та 2,86; 1,98-4,13; $p<0,001$ відповідно).

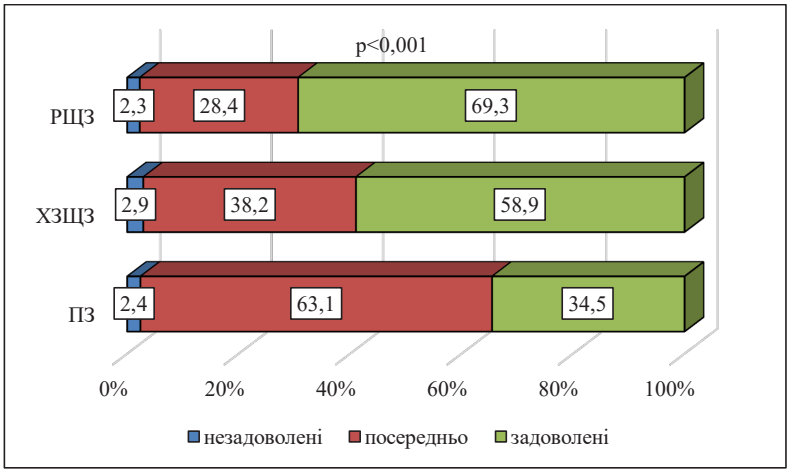

Рис. 1. Рівні задоволеності респондентів медичною допомогою

На наш погляд, на ці результати могло вплинути те, що опитування проводилось під час перебування пацієнтів на лікуванні в спеціалізованому медичному центрі, що, очевидно, спонукало частину з них, на тлі розуміння власної «залежності» від медпрацівників, уникати чесної відповіді про задоволеність медичною допомогою. Натомість, відповіді практично здорових осіб, яких ми анкетували переважно серед родичів та знайомих опитаних пацієнтів, напевно, більш щирі. Хоча і на їх суб'єктивну думку могло вплинути переживання за своїх хворих родичів та більша прискіпливість у зв'язку із цим до різних аспектів медичної допомоги, яку ті отримували. Крім того, за даними оцінки психологічного стану за шкалою HADS виявлено значну поширеність тривоги та депресії не тільки в основній групі, а й в контрольній (рис. 2).

Так, у понад половини опитаних з РЩЗ та ХЗЩЗ спостерігались субклінічні (28,7% та 29,0% відповідно) та клінічні (22,3% та 26,25) прояви тривоги. Однак і серед практично здорових таких була третина: 23,8% з субклінічною та 11,0% – з клінічно вираженою тривогою. Частота депресії також була достатньо високою: субклінічна зустрічалась на рівні 23,2% серед осіб з РЩЗ, 21,6% – при ХЗЩЗ та 24,5% – в контрольній групі; клінічно виражена депресія – у 11,6%, 17,5% та 6,4% відповідно. Тобто, навіть серед практично здорових осіб майже 35% страждали від тривоги і 30% – від депресії. Цілком очевидно, що причинами цього є не тільки турбота про своїх хворих близьких, а й наслідки тривалої повномасштабної агресії російської федерації.

Результати опитування, до якого виду медичної допомоги мають претензії респонденти з числа тих, хто висловив повну чи часткову незадоволеність нею, показали (рис. 3), що уже незалежно від наявності чи відсутності захворювання щитоподібної залози (p>0,05), понад половина опитаних визнали незадоволеність первинною медичною допомогою (54,5-58,9%). Скарги на спеціалізовану амбулаторну та стаціонарну допомогу незначно відрізнялись між групами порівняння: 18,2-25,2% та 16,0-27,3% відповідно.

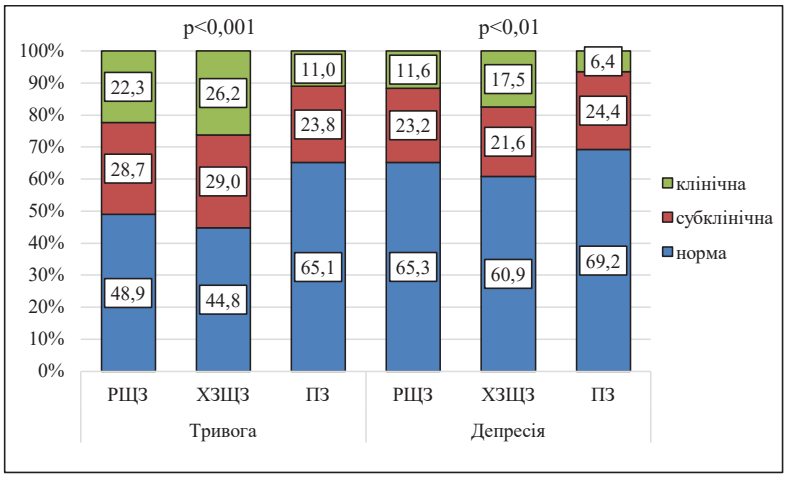

Рис. 2. Частота клінічних проявів тривоги та депресії за шкалою HADS

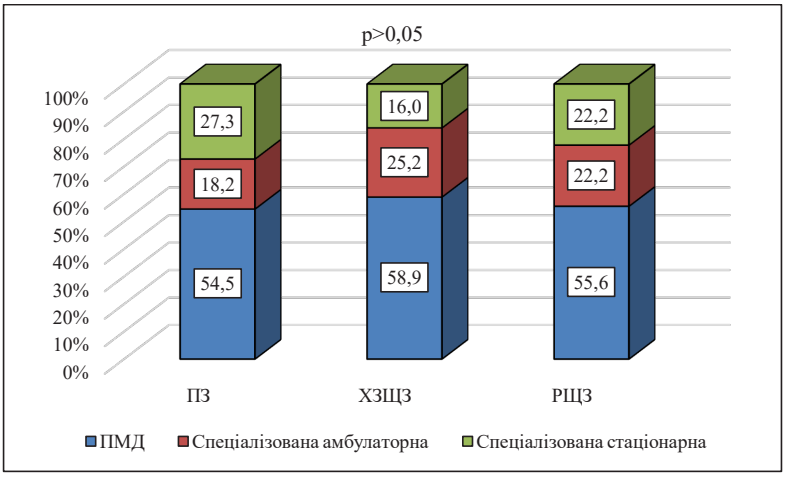

Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів щодо видів медичної допомоги, які викликають повну чи часткову незадоволеність нею

Слід зазначити, що серед тих, хто висловлювали в тій чи іншій мірі претензії до медичної допомоги, суттєвої різниці у їх причинах між респондентами з РЩЗ та ХЗЩЗ не встановлено (p>0,05). Виняток склали більша незадоволеність осіб з РЩЗ застарілістю обладнання в спеціалізованих закладах, зокрема амбулаторних (33,3% проти 9,4% серед осіб з ХЗЩЗ, p<0,05), а в стаціонарних – уже не отримано доказів достовірності різниці, хоч певні відмінності теж спостерігались (36,4% проти 12,4% відповідно, p>0,05). І це закономірно, адже пацієнти з РЩЗ вимагають більш складної діагностики та лікування. Проте за рештою причин різниця у відповідях була несуттєвою. У зв'язку із цим у табл. 1 ми навели дані щодо мотивів невдоволеності різними видами медичної допомоги між всією основною (РЩЗ+ХЗЩЗ) та контрольною (ПЗ) групами.

Як бачимо, серед претензій до первинної медичної допомоги у респондентів основної групи домінували: висока вартість ліків (20,5%), низька координованість дій між різними підрозділами (19,8%) та недостатня сучасність обладнання (19,0%). Натомість, в контрольній групі практично здорових осіб, тобто із мінімальним досвідом отримання медичних послуг, головні скарги на рівні ПМД висловлювались до їх високої вартості (37,1% проти 12,5% в основній групі, p<0,001), а також до високих цін на ліки (30,7% проти 20,5% відповідно, p<0,05). Такі відповіді викликають подив та спонукають до глибшого вивчення, особливо щодо вартості послуг. Адже з боку держаних органів управління постійно наголошується, що пакет ПМД з 2018 року повністю покривається НСЗУ.

Вивчення причин невдоволеності спеціалізованою амбулаторною допомогою показало, що, крім повторюваної у всіх групах порівняння скарги на високу вартість ліків (26,1% в основній та 28,8% в контрольній групі, p>0,05), практично на цьому ж рівні респонденти відзначили значну віддаленість закладу (32,0% та 27,1% відповідно, p>0,05). Це зрозуміло, оскільки дослідження проводилось на базі столичного спеціалізованого центру, де на лікування приїжджають пацієнти з цілої України. Стосовно інших причин, то їх поширеність серед практично здорових знову була суттєво вищою, ніж в основній групі. Зокрема респонденти контрольної групи так само, як і уже вказані особи з РЩЗ, були незадоволені станом обладнання (27,1%, p<0,05). Водночас, вони значно частіше, ніж пацієнти, висловлювали недовіру до лікарів (20,3% проти 6,5% в основній групі, p<0,01) через недостатнє інформування з їх боку щодо методів втручання, які застосовуються до хворих (20,3% проти 12,4%, p>0,05), неналежну координованість дій між різними підрозділами (16,9% проти 9,2%, p>0,05), неввічливе ставлення персоналу (15,3% проти 3,3%, p<0,01).

З'ясування причин невдоволеності спеціалізованою стаціонарною допомогою проявило ще більші відмінності в групах порівняння. Якщо в основній групі найвагомішими залишалися скарги на високу вартість ліків (27,1% та 25,0% в контрольній групі, p>0,05) і медичних послуг (17,8% та 25,0%, p>0,05), а також на віддаленість медичного закладу (20,7% та 15,8%, p>0,05), то в контрольній групі претензій було значно більше. Зокрема, практично здорових осіб в значній мірі не влаштовувала застарілість обладнання (36,8% проти 13,8% в основній групі, p<0,001) та некомфортні умови перебування в стаціонарі (31,65 проти 11,7% відповідно, p<0,001), неввічливе ставлення персоналу (25,0% проти 9,0%, p<0,01), недостатнє пояснення методів втручання (23,7% проти 8,0%, p<0,01), неналежна координація дій між різними підрозділами (22,4% проти 9,6%, p<0,05), що безумовно вилилось у недовіру до лікарів (18,4% проти 6,9%, p<0,05).

За допомогою методики обчислення показника відношення шансів показано (рис. 4), що наявність

Таблиця 1

Причини незадоволеності різними видами медичної допомоги (на 100 опитаних, які висловлювали претензії)

Види медичної допомоги / причини незадоволеності	Основна група			Контрольна група			p
	n	%	m	n	%	m	
ПМД	273			140			
висока вартість послуг	34	12,5	2,0	52	37,1	4,1	0,00000
висока вартість ліків	56	20,5	2,4	43	30,7	3,9	*0,02948*
віддаленість закладу	33	12,1	2,0	16	11,4	2,7	0,97175
недовіра до лікаря	40	14,7	2,1	19	13,6	2,9	0,88192
недостатня сучасність обладнання	52	19,0	2,4	24	17,1	3,2	0,73481
неввічливе ставлення персоналу	29	10,6	1,9	22	15,7	3,1	0,18325
недостатнє інформування про методи втручання	41	15,0	2,2	20	14,3	3,0	0,95842
не координованість дій між різними підрозділами	54	19,8	2,4	24	17,1	3,2	0,60626
некомфортні умови перебування у закладі	25	9,2	1,7	15	10,7	2,6	0,74093
Ендокринологічна амбулаторна	153			59			
висока вартість послуг	15	9,8	2,4	4	6,8	3,3	0,67257
висока вартість ліків	40	26,1	3,6	17	28,8	5,9	0,82579
віддаленість закладу	49	32,0	3,8	16	27,1	5,8	0,59727
недовіра до лікаря	10	6,5	2,0	12	20,3	5,2	*0,00689*
недостатня сучасність обладнання	18	11,8	2,6	16	27,1	5,8	*0,01169*
неввічливе ставлення персоналу	5	3,3	1,4	9	15,3	4,7	*0,00450*
недостатнє інформування про методи втручання	19	12,4	2,7	12	20,3	5,2	0,21279
не координованість дій між різними підрозділами	14	9,2	2,3	10	16,9	4,9	0,17247
некомфортні умови перебування у закладі	7	4,6	1,7	5	8,5	3,6	0,44158
Ендокринологічна стаціонарна	188			76			
висока вартість послуг	33	17,6	2,8	19	25,0	5,0	0,22759
висока вартість ліків	51	27,1	3,2	19	25,0	5,0	0,84099
віддаленість закладу	39	20,7	3,0	12	15,8	4,2	0,45252
недовіра до лікаря	13	6,9	1,9	14	18,4	4,4	*0,01019*
недостатня сучасність обладнання	26	13,8	2,5	28	36,8	5,5	*0,00006*
неввічливе ставлення персоналу	17	9,0	2,1	19	25,0	5,0	*0,00127*
недостатнє інформування про методи втручання	15	8,0	2,0	18	23,7	4,9	*0,00101*
не координованість дій між різними підрозділами	18	9,6	2,1	17	22,4	4,8	*0,01002*
некомфортні умови перебування у закладі	22	11,7	2,3	24	31,6	5,3	0,00024

Примітка: Курсивом виділено достовірне р-значення

раку чи іншого захворювання щитоподібної залози, а отже досвід постійної медичної допомоги, зменшує імовірність незадоволеності медичною допомогою загалом в 2,1-4,4 рази (OR=0,33; 95%CI: 0,23-0,47; p<0,001), скарг на високу вартість послуг ПМД в 4,2-6,8 разів (0,24; 0,15-0,40; p<0,001), ліків – у 1,1-2,7 рази (0,58; 0,37-0,93; p<0,05).

У пацієнтів із захворюваннями ЩЗ при отриманні спеціалізованих амбулаторних послуг спостерігаються в 5,3-16,7 разів менші шанси скарг на неввічливе ставлення персоналу (0,19; 0,06-0,59; p<0,001), в 3,7-9,0 разів – недовіри до лікаря (0,27; 0,11-0,67; p<0,01), у 2,8-5,9 разів – претензій до застарілості обладнання (0,36; 0,17-0,76; p<0,05). Також у пацієнтів із захворюваннями ЩЗ при стаціонарному лікуванні у 3,6-6,8 разів менші скарги на недостатньо сучасне обладнання (0,28; 0,15-0,51; p<0,001) та в 3,5-6,7 разів – на некомфортні умови перебування в стаціонарі (0,29; 0,15-0,55; p<0,001), у 3,6-7,6 разів – на недостатнє інформування про методи втручання (0,28; 0,13-0,59; p<0,01), у 3,4-6,9 разів – на неввічливе ставлення персоналу (0,30; 0,15-0,61; p<0,01), у 3,0-6,8 разів – на недовіру до лікаря (0,33; 0,15-0,74; p<0,05) та в 2,7-5,6 разів – на неналежну координованість дій між підрозділами закладу (0,37; 0,18-0,76; p<0,05).

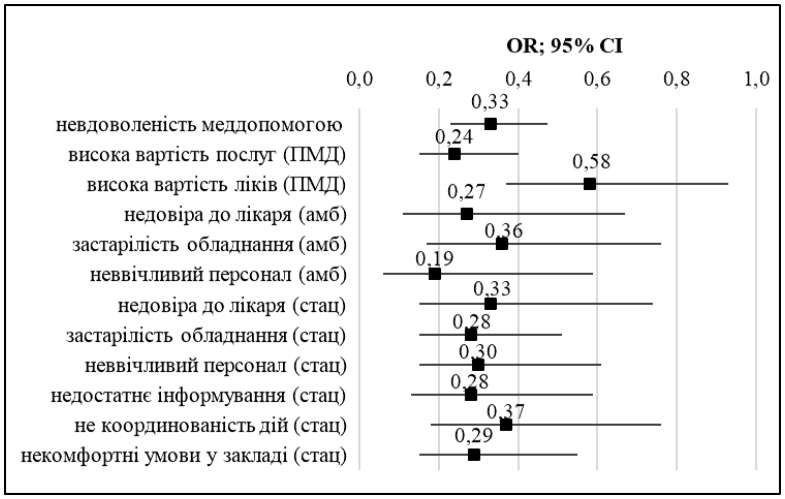

Рис. 4. Показники відношення шансів причин невдоволеності різними видами медичної допомоги (Примітка: ПМД – первинна медична допомога, амб – амбулаторна ендокринологічна, стац – стаціонарна ендокринологічна)

Висновки. Встановлено, що особи з раком та іншими хронічними захворюваннями щитоподібної залози, пацієнти столичного ендокринологічного центру, характеризуються в 2,1-4,4 рази меншими, порівняно з їх практично здоровими родичами та близькими, шансами невдоволеності отриманою медичною допомогою. Спільним для всіх респондентів було переважання претензій до первинної медичної допомоги.

З'ясовано, що опитані пацієнти у порівнянні з їх практично здоровими родичами та близькими на рівні ПМД в 4,2-6,8 разів рідше скаржилися на високу вартість послуг та в 1,1-2,7 рази – на високу вартість ліків. При отриманні ними спеціалізованої амбулаторної спостерігались в 5,3-16,7 разів нижчі шанси скарг на неввічливе ставлення персоналу, в 3,7-9,0 разів – недовіри до лікаря, у 2,8-5,9 разів – претензій до застарілості обладнання. При стаціонарному лікуванні виявлені у 3,6-6,8 разів менші скарги на недостатньо сучасне обладнання, в 3,5-6,7 разів – на некомфортні умови перебування в стаціонарі, у 3,6-7,6 разів – на недостатнє інформування про методи втручання, у 3,4-6,9 разів – на неввічливе ставлення персоналу, у 3,0-6,8 разів – на недовіру до лікаря та в 2,7-5,6 разів – на неналежну координованість дій між підрозділами закладу.

Питання вимагає подальшого вивчення, оскільки на відповіді респондентів щодо задоволеності медичною допомогою могли вплинути обставини анкетування (у закладі, де вони на той момент проходили лікування), а відповідно – побоювання щодо залежності результатів терапії від прихильності медичного персоналу. Для прийняття управлінських рішень варто опитувати не тільки пацієнтів, але й їх родичів та близьких, враховуючи при цьому значну поширеність тривоги та депресії в громадян України в умовах повномасштабної війни.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці комплексу заходів, спрямованих на вдосконалення організації медичної допомоги особам з хронічними захворюваннями щитоподібної залози.

Інформація про фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CrediT: Кобринська Н. Я. – концептуалізація, збір даних, написання тексту статті, остаточне затвердження версії до публікації. Децик О. З. – концептуалізація, збір даних, аналіз і інтерпретація даних, редагування (критичний перегляд), остаточне затвердження версії до публікації.

Дотримання етичних норм. Дизайн та програми дослідження розглянуті і затверджені Комісією з питань біоетики ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України (протокол №52-КЕ від 22.10.2024).

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження зберігаються у ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України та можуть бути надані за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Jabbar ABA, Holland EM, Tauseef A, Noor A, Zafar M, Mirza M, Klaus T, Frederickson T, Mirza M. Patient satisfaction: a feature of quality metrics within the inpatient healthcare system – a narrative review. J Family Med Prim Care. 2025. Vol. 14, № 6. P. 2099–2105. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1717_24.

2. Mularczyk-Tomczewska P, Gujski M, Koperdowska JM, Wojcik J, Silczuk A. Factors influencing patient satisfaction with healthcare services in Poland. Medical Science Monitor. 2025. Vol. 31. Art. e948225. DOI: 10.12659/MSM.948225.
3. Anufriyeva V, Pavlova M, Chernysh-Stepurko T, Groot W. Satisfaction with primary health care in Ukraine in 2016–2020: a difference-in-differences analysis on repeated cross-sectional data. Health Policy. 2023. Vol. 137. Art. 104916. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104916.
4. Paryi V, Korotkyi O, Gurianov V. The comparison of patients' satisfaction with primary health care received in the context of the process of reforming health care sector in Ukraine: a cross-sectional research (based on the example of the primary health care center in the city of Kyiv). Med. perspekt. 2020. ol. 25, № 4. P. 207–213. DOI: 10.26641/2307-0404.2020.4.221778.
5. Chen LH, Chen CH, Loverio JP, Wang MS, Lee LH, Hou YP. Examining soft and hard attributes of health care service quality and their impacts on patient satisfaction and loyalty. Qual Manag Health Care. 2024. Vol. 33, № 3. P. 176–191. DOI: 10.1097/QMH.0000000000000420.
6. Cui J, Du J, Zhang N, Liang Z. National patient satisfaction survey as a predictor for quality of care and quality improvement – experience and practice. Patient Prefer Adherence. 2025. Vol. 19. P. 193–206. DOI: 10.2147/PPA.S496684.
7. Nordin N, Hairon SM, Yaacob NM, Hamid AA, Isa SAM, Hassan N. Perceived quality of care among people with type 2 diabetes mellitus in the north east region of peninsular Malaysia. BMC Public Health. 2021. Vol. 21, № 1. Art. 268. DOI: 10.1186/s12889-021-10320-y.
8. Bashari WA, Coates RL, Nazir S, Riddel NE, Lawanson OO, Mohamed AM, Oyibo SO. Patient satisfaction with radioiodine treatment and telephone follow-up for the management of thyrotoxicosis. Patient Prefer Adherence. 2015. Vol. 9. P. 659–664. DOI: 10.2147/PPA.S83355.
9. Latia T, Selvan C, Namioshi S. Doctor–patient communication in thyroid conditions: impact on outcomes. Thyroid Research and Practice. 2022. Vol. 18, № 2. P. 50–54. DOI: 10.4103/trp.trp_6_22.
10. World Health Organization. European Region. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report, April 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. 52 p. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378776/WHO-EURO-2024-6904-46670-75558-eng.pdf (дата звернення: 20.03.2026).
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67, № 6. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
12. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. Biostatistics: a guide to design, analysis, and discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2007. 502 p.

References

1. Jabbar, A. B. A., Holland, E. M., Tauseef, A., Noor, A., Zafar, M., Mirza, M., Klaus, T., Frederickson, T., & Mirza, M. (2025). Patient satisfaction: A feature of quality metrics within the inpatient healthcare system – A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 14*(6), 2099–2105. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1717_24.
2. Mularczyk-Tomczewska, P., Gujski, M., Koperdowska, J. M., Wojcik, J., & Silczuk, A. (2025). Factors influencing patient satisfaction with healthcare services in Poland. Medical Science Monitor, 31, e948225. https://doi.org/10.12659/MSM.948225
3. Anufriyeva, V., Pavlova, M., Chernysh Stepurko, T., & Groot, W. (2023). Satisfaction with primary health care in Ukraine in 2016–2020: A difference-in-differences analysis on repeated cross-sectional data. Health Policy, 137, 104916. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104916
4. Paryi, V., Korotkyi, O., & Gurianov, V. (2020). The comparison of patients' satisfaction with primary health care received in the context of the process of reforming health care sector in Ukraine: A cross-sectional research (based on the example of the primary health care center in the city of Kyiv). Medical Perspectives, 25(4), 207–213. https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221778
5. Chen, L. H., Chen, C. H., Loverio, J. P., Wang, M. S., Lee, L. H., & Hou, Y. P. (2024). Examining soft and hard attributes of health care service quality and their impacts on patient satisfaction and loyalty. Quality Management in Health Care, 33(3), 176–191. https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000420
6. Cui, J., Du, J., Zhang, N., & Liang, Z. (2025). National patient satisfaction survey as a predictor for quality of care and quality improvement: Experience and practice. Patient Preference and Adherence, 19, 193–206. https://doi.org/10.2147/PPA.S496684
7. Nordin, N., Hairon, S. M., Yaacob, N. M., Hamid, A. A., Isa, S. A. M., & Hassan, N. (2021). Perceived quality of care among people with type 2 diabetes mellitus in the north east region of peninsular Malaysia. BMC Public Health, 21(1), 268. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10320-y
8. Bashari, W. A., Coates, R. L., Nazir, S., Riddel, N. E., Lawanson, O. O., Mohamed, A. M., & Oyibo, S. O. (2015). Patient satisfaction with radioiodine treatment and telephone follow-up for the management of thyrotoxicosis. Patient Preference and Adherence, 9, 659–664. https://doi.org/10.2147/PPA.S83355
9. Latia, T., Selvan, C., & Namioshi, S. (2022). Doctor–patient communication in thyroid conditions: Impact on outcomes. Thyroid Research and Practice, 18(2), 50–54. https://doi.org/10.4103/trp.trp_6_22
10. World Health Organization. (2024). Health needs assessment of the adult population in Ukraine: Survey report April 2024. Retrieved from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378776/WHO-EURO-2024-6904-46670-75558-eng.pdf
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
12. Forthofer, R. N., Lee, E. S., & Hernandez, M. (2007). Biostatistics: A guide to design, analysis, and discovery. Elsevier Academic Press.

MONITORING OF PATIENT AND THEIR RELATIVES' SATISFACTION WITH MEDICAL CARE AT A SPECIALIZED ENDOCRINOLOGY CENTER AS A BASIS FOR MANAGEMENT DECISIONS IN THE CONDITIONS OF FULL-SCALE WAR

N. Ya. Kobrynska[1], O. Z. Detsyk[2]
[1]V. P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism of the Ukrainian National Academy of Medical Sciences, Kyiv, Ukraine
[2]Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose: to assess the validity of monitoring patient and family satisfaction with medical care in wartime for informing managerial decision-making.

Materials and Methods. The study surveyed patients at the capital's endocrinology center who had thyroid cancer (95) and other chronic thyroid diseases (505), as well as practically healthy individuals (172) from among their relatives.

Results. The surveyed patients are characterized by 2.1-4.4 times lower chances of dissatisfaction with medical care than their practically healthy relatives (OR=0.33; 95%CI: 0.23-0.47). A common complaint among all respondents was dissatisfaction with primary health care: 54.5–58.9%. Compared with their healthy relatives the surveyed patients at the primary care level were 4.2–6.8 times less likely to complain about the expensive services (OR = 0.24; 95% CI: 0.15–0.40) and 1.1–2.7 times less frequently about the expensive medications (0.58; 0.37–0.93). In the case of specialized outpatient care, the surveyed patients were 5.3–16.7 times less likely to report complaints about rude staff behavior (0.19; 0.06–0.59), 3.7–9.0 times lower chances of distrust in the doctor (0.27; 0.11–0.67), and 2.8–5.9 times lower chances of complaints about outdated equipment (0.36; 0.17–0.76). During inpatient treatment, patients reported significantly fewer complaints across all domains: outdated equipment (OR 0.28; 95% CI 0.15–0.51), hospital conditions (0.29; 0.15–0.55), insufficient information (0.28; 0.13–0.59), staff behavior (0.30; 0.15–0.61), distrust of physicians (0.33; 0.15–0.74), and interdepartmental coordination (0.37; 0.18–0.76). It was found that 40-50% of thyroid patients and a third of their relatives had symptoms of anxiety and depression.

Conclusions. To make informed management decisions, it is important to survey not only patients but also their relatives, given the high prevalence of anxiety and depression among Ukrainian citizens amid a full-scale war.

KEY WORDS: thyroid cancer; chronic thyroid diseases; satisfaction; health care; health care management.

Дата першого надходження статті до видання: 20.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Кобринська Наталія Яремівна – кандидатка медичних наук, завідувачка консультативно-поліклінічного відділення ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України; ORCID https://orcid.org/0000-0001-8698-9793.
Децик Орина Зенонівна – докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; ORCID https://orcid.org/0000-0003-3975-9455.

Електронна адреса для листування: odetsyk@ifnmu.edu.ua.