

© Коллектив авторов, 2016 г.
УДК 616.8-08-039.57(471) + (510)

С. С. Юй

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ В РОССИЙ- СКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КИТАЙ- СКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБ- ЛИКЕ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Первая клиническая больница медицинского университета Чунцина, КНР

ВВЕДЕНИЕ

Успех медицинской помощи при таком серьезном заболевании, как инсульт, во многом зависит от удовлетворенности пациентов оказанным лечением, от информированности и мотивированности пациента в отношении реабилитации и вторичной профилактики. В мире существуют различные системы оказания медицинской помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК). Организационная модель такой помощи может иметь определенное влияние на удовлетворенность пациентов. Культурные особенности и традиции лечения также накладывают отпечаток на восприятие пациентом заболевания, лечения и оценку результатов. Одним из важных показателей, отражающих качество медицинской помощи населению, является использование профессиональных компетенций, а также эффективных, непрерывных, безопасных, доступных и удобных критериев качества, комплексное применение которых позволяет оценить соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам [3]. При этом изучение мнения пациентов является одним из важнейших инструментов в комплексной оценке качества оказания медицинской помощи в стационаре.

Согласно проведенным исследованиям [2, 4 – 10], для госпитализированных пациентов выделяют два основных фактора, влияющих на общую удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи. Во-первых, факторы, связанные с ожиданиями пациентов от оказываемых медицинских услуг, санитарно-бытовыми условиями и условиями содержания пациента в медицинском учреждении, временем ожидания пациентов, качеством медицинского оборудования, профессиональными компетенциями, вежливым отношением и эмоциональ-

ной поддержкой медицинских работников, особенностями их коммуникации и межличностными взаимоотношениями между медицинскими работниками и пациентами и т. д. Во-вторых, личностные факторы самого пациента, зависящие от его психологических особенностей, возраста, пола, уровня образования, уровня дохода, категории медицинского страхования, душевного состояния, доверия пациента врачу, а также от собственного отношения пациента к своему физическому и психологическому комфорту, тяжести и длительности заболевания и т. д.

Целью исследования явились сравнение и анализ удовлетворенности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения качеством оказания медицинской помощи в РФ и Китайской Народной Республике (КНР) для выявления ведущих проблем и наиболее удачных организационных решений в системе оказания медицинской помощи при инсульте, которые в дальнейшем могли бы послужить направлениями для повышения ее качества.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с марта по июнь 2016 г. был проведен опрос 522 пациентов в региональных сосудистых центрах РФ и КНР. В РФ в исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на лечении в Городской больнице № 26 (Санкт-Петербург). В КНР — пациенты Первой клинической больницы медицинского университета Чунцина, Центральной больницы Цзян цзинь, Региональной народной больницы Юй бэй, Региональной народной больницы Би шань (провинция Чунцин).

Опрос проводился на добровольной основе.

Критерии включения:

1) подтвержденный диагноз инсульта по данным КТ/МРТ головного мозга, в том числе ишемический инсульт (ИИ), геморрагический инсульт (ГИ) и транзиторная ишемическая атака (ТИА);

2) пациенты в стабильном состоянии, готовящиеся к выписке;

3) пациенты в возрасте ≥ 18 лет.

Критерии невключения:

1) нарушение сознания;

2) нахождение в нейрореанимации или палате реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ);

3) тяжелые инфекционные заболевания в фазе обострения;

4) актуальные онкологические состояния;

5) психические заболевания и грубые когнитивные нарушения;

6) сенсорная афазия.

Статистический анализ проводился с использованием статического пакета «SPSS 18.0». Различия между двумя странами по количественным показателям анализировали с помощью критерия Стью-

дента, а качественные показатели — с помощью точного критерия Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В РФ участие в опросе было предложено 345 пациентам, перенесшим ОНМК. Анкетирование прошли 311 пациентов (90 %). В КНР опрос был предложен 250 пациентам, перенесшим ОНМК и проходившим лечение в четырех больницах провинции Чунцин. На вопросы анкеты ответили 211 человек (84,4 %). Причиной отказа пациентов обеих стран в участии в исследовании являлось нежелание давать какую-либо оценку своему состоянию и качеству медицинской помощи.

Общая характеристика обследованных пациентов. По результатам анкетирования в РФ из 311 пациентов, перенесших инсульт, 150 (48,2 %) — мужчины, 161 (51,8 %) — женщины. Максимальный возраст — 92 года, минимальный — 23 года. Медиана возраста пациентов составила 65 лет. В КНР из 211 пациентов, перенесших инсульт, 121 (57,3 %) — мужчины, 90 (42,7 %) — женщины. Максимальный возраст — 97 лет, минимальный — 40 лет. Медиана возраста пациентов составила 69,8 года.

У пациентов в РФ и КНР основными факторами риска для развития цереброваскулярных заболеваний явились артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца в анамнезе, фибрилляция предсердий, сахарный диабет, дислипидемия, повышение уровня фибриногена, курение, злоупотребление алкоголем, избыточный вес тела и/или ожирение, церебральный атеросклероз, инсульт или транзиторная ишемическая атаки в анамнезе.

В РФ опрошенные пациенты имели преимущественно среднее — 156 (50,20 %) — и высшее — 150 (48,20 %) образование, в то время как в КНР 113 (53,6 %) — начальное и 58 (27,50 %) — среднее.

По данным проведенного опроса (табл. 1), среди пациентов РФ и КНР выявлена статистически значимая разница ($P < 0,05$) по следующим показателям: качество оказания медицинской помощи в больнице, в которой находится пациент ($P < 0,0001$); отношение лечащего врача ($P < 0,0001$); уровень квалификации лечащего врача ($P < 0,0001$); результаты лечения ($P < 0,0001$); отношение медсестер ($P < 0,0001$); уровень их квалификации ($P < 0,0001$); беседы с пациентом о здоровом образе жизни ($P < 0,0001$); степень оповещения пациентов о потенциальной опасности определенных мест в больнице (предупреждения о скользких поверхностях, возможных местах падения и другие предупреждающие знаки) ($P < 0,0001$) и медицинские условия в стационаре ($P < 0,0001$). В РФ пациенты в большинстве своем поставили оценку «отлично». В КНР пациенты в основном оценили вышеперечисленные параметры как «хорошо». Данное различие можно связать

с культурными особенностями. В китайской традиции принято давать более консервативные, умеренные или сдержанные оценки, считая, что всегда есть потенциал для роста.

Равная доля пациентов в обеих странах выставила оценку «неудовлетворительно» по таким параметрам, как качество медицинской помощи в больнице, в которой находится пациент, отношение лечащего врача к пациентам и результат лечения.

Основными причинами неудовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в РФ является:

- 1) длительное ожидание в приемном покое;
- 2) отсутствие внимания со стороны медицинского персонала в ПРИТе и нейрореанимации;
- 3) невозможность в достаточной мере обсудить с врачом свое заболевание;
- 4) недостаточный контроль за состоянием пациентов со стороны среднего медицинского персонала;
- 5) невозможность пользоваться средствами мобильной связи в отделении интенсивной терапии для связи с родственниками, особенно после восстановления сознания;
- 6) проблемы со сном по причине размещения в палате, не соответствующей степени тяжести больного (отмечали многие пациенты).

Основными причинами неудовлетворенности пациентов системой оказания медицинской помощи в Китае являются высокие затраты на лечение, а также длительный период ожидания перевода в специализированную клинику (особенно пациентов, поступивших самостоятельно).

Как в Китае, так и в России имеются достаточно серьезные проблемы в коммуникации врача и пациента. Врач отвечает на вопросы пациента недостаточно подробно, немало пациентов не в состоянии (в том числе по уровню своего образования) сформулировать свои вопросы таким образом, чтобы получить исчерпывающий и понятный ответ. Объяснения врача порой слишком специализированы, не понятны пациенту и его родным, что снижает приверженность пациента терапии и создает негативный эмоциональный фон. Все это снижает эффективность вторичной профилактики сосудистых заболеваний и увеличивает риск повторных событий.

Отношение медсестер к пациентам, а также уровень их квалификации пациенты в России оценили как «удовлетворительный» и в ряде случаев как «неудовлетворительный». Китайские пациенты считают, что медсестры активно следят за пациентами, в отличие от пациентов в России ($P < 0,0001$). Из приведенных данных видно, что пациенты в КНР работу медицинских сестер оценили выше. Это говорит о большей степени удовлетворенности оказанием медицинской помощи со стороны сред-

Таблица 1
Сравнительные показатели удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи, в том числе по шкале EQ-5D (шкала качества жизни), в РФ и КНР

Показатель	РФ (311 пациентов)		КНР (211 пациентов)		Точный критерий Фишера
	частота	%	частота	%	
Качество медицинской помощи в стационаре (по оценке пациента)					
Неудовлетворительное	4	1,3	2	0,9	<0,0001
Удовлетворительное	63	20,3	20	9,5	
Хорошее	179	57,6	187	88,6	
Отличное	65	20,9	2	0,9	
Отношение лечащего врача к пациентам (по оценке пациента)					
Неудовлетворительное	1	0,3	2	0,9	<0,0001
Удовлетворительное	21	6,8	18	8,5	
Хорошее	182	58,5	177	83,9	
Отличное	107	34,4	14	6,6	
Своевременно ли проводит диагностику и лечит пациентов врач (по мнению пациента)					
Несвоевременно	3	1,0	2	0,9	1,000
Своевременно	308	99,0	209	99,1	
Доступно ли врач объясняет пациентам суть и причины заболевания (по оценке пациента)					
Недоступно	16	5,1	7	3,3	0,388
Доступно	295	94,9	204	96,7	
Уровень квалификации лечащего врача с точки зрения пациентов					
Неудовлетворительное	0	0,00	0	0,00	<0,0001
Удовлетворительное	19	6,1	46	21,8	
Хорошее	182	58,5	159	75,4	
Отличное	110	35,4	6	2,8	
Лечащий врач ежедневно проводит осмотр пациентов по графику (расписанию) (по оценке пациента)?					
Не вовремя	5	1,6	3	1,4	1,000
Вовремя	306	98,4	208	98,6	
Результат лечения (по оценке пациента)					
Неудовлетворительный	0	0,0	2	0,9	<0,0001
Удовлетворительный	46	14,8	43	20,4	
Хороший	178	57,2	161	76,3	
Отличный	87	28,0	5	2,4	
Своевременность оказания помощи медсестрой (по оценке пациента)					
Несвоевременно	7	2,3	2	0,9	0,324
Своевременно	304	97,7	209	99,1	
Отношение к пациентам медсестер (по оценке пациента)					
Неудовлетворительное	3	1,0	0	0,0	<0,0001
Удовлетворительное	39	12,5	10	4,7	
Хорошее	187	60,1	165	78,2	
Отличное	82	26,4	36	17,1	
Уровень квалификации медсестры с точки зрения пациентов					
Неудовлетворительный	3	1,0	0	0,0	<0,0001
Удовлетворительный	36	11,6	10	4,7	
Хороший	197	63,3	194	91,9	
Отличный	75	24,1	7	3,3	
Медсестра активно следит за пациентами в палатах?					
Не активно	39	12,5	2	0,9	<0,0001
Активно	272	87,5	209	99,1	
Проводились ли с пациентами беседы о здоровом образе жизни (школы пациентов)?					
Нет	165	53,1	2	0,9	<0,0001
Да	146	46,9	209	99,1	
Качество беседы о здоровом образе жизни (школы пациентов)					
Неудовлетворительное	1	0,7	11	5,3	<0,0001
Удовлетворительное	22	15,1	84	40,2	
Хорошее	90	61,6	112	53,6	
Отличное	33	22,6	2	1	

него медицинского персонала. Не стоит забывать о том, что данные оценки субъективны и многое зависят от личных симпатий/антипатий.

Важным фактом является то, что в КНР одним из основных направлений работы является профилактическое. Это подтверждается тем, что с 99,1 % пациентов проводилась беседа о здоровом образе жизни и/или школы пациента. В России же такие мероприятия проводились менее чем с половиной пациентов ($P < 0,0001$). Такой большой разрыв существует потому, что в крупных больницах Китая широко распространена практика проведения бесплатных лекций для пациентов, перенесших инсульт. При этом данные мероприятия проводятся не реже одного раза в месяц и являются обязательной частью работы медицинского персонала и медицинских организаций, которая учитывается во время оценки качества их работы [1].

71,7 % пациентам в России в период госпитализации проводились реабилитационные мероприятия. Эта высокая цифра связана отчасти с тем фактом, что Городская больница № 26 является одним из центров реализации федерального Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Согласно этому проекту, все пациенты, госпитализированные из отделения интенсивной терапии или нейрореанимации, с первого же дня включаются в процесс ранней реабилитации. 28,3 % пациентов, ответивших, что реабилитацию они не получали, зачастую были уверены в том, что те или иные консультации, занятия, процедуры не являются частью реабилитационной программы. Отрадно отметить, что в РФ большая часть пациентов оценили качество реабилитации как «отличное» и «хорошее». В свою очередь, почти половина китайских пациентов отметили, что во время госпитализации реабилитацию не проходили, а если реабилитационные мероприятия и проводились, то

были оценены пациентами как «удовлетворительные» и «неудовлетворительные». Основная причина столь низкой оценки заключается в том, что многие китайцы не верят в эффективность современной реабилитации и зачастую отдают предпочтение традиционной китайской медицине.

В России идеальным учреждением для реабилитации, по мнению пациентов, является санаторий, даже в том случае, когда он ответил, что не нуждается в реабилитации и не хочет продолжать ее после выписки. В КНР пациенты предпочитают проходить реабилитацию не у семейного врача, а в больничных условиях и в таких лечебных учреждениях, как дневные стационары. Столь большая разница ($P < 0,0001$) связана с особенностями системы обязательного медицинского страхования (ОМС) Китая, согласно которой, пациенты должны оплатить из своих личных средств 35–40 % в государственных больницах первого уровня, 40–45 % в государственных больницах второго уровня и 45–50 % в государственных больницах третьего уровня от общих затрат на лечение для городских жителей. Сельские жители оплачивают стоимость лечения из своих личных средств в 40 % размере в случае оказания им медицинской помощи в государственных больницах уезда, 60 и 70 % в государственных больницах второго уровня и третьего уровня от общих затрат на лечение [13]. Стоимость лечения будет достигать максимума в высокоспециализированных реабилитационных центрах и отделениях общего профиля больниц третьего уровня (табл. 3). В свою очередь, лечение в санатории китайские пациенты вынуждены полностью оплачивать из личного бюджета. Таким образом, выбор зависит от экономического положения. С другой стороны, рассматривая долгосрочные проблемы в реабилитации пациентов, перенесших инсульт, китайские клинические рекомендации содержат позиции по продолже-

Продолжение таблицы 1

Показатель	РФ (311 пациентов)		КНР (211 пациентов)		Точный критерий Фишера
	частота	%	частота	%	
Проводились ли реабилитационные мероприятия в период госпитализации (по мнению пациента)?					
Нет	88	28,3	90	42,7	<0,0001
Да	223	71,7	121	57,3	
Если пациент отметил(а) «Нет» (не проводили реабилитацию), то почему?					
Не нужна реабилитация (нет дефицита)					
Нет	260	83,6	146	69,2	<0,0001
Да	51	16,4	65	30,8	
Считает, что реабилитация неэффективна					
Нет	309	99,4	194	91,9	<0,0001
Да	2	0,6	17	8,1	
Не хочет получать реабилитацию					
Нет, я хочу реабилитацию	281	90,4	211	100,0	<0,0001
Да, не хочу реабилитацию	30	9,6	0	0,0	
Не знает, что такое реабилитация					
Нет	311	100,0	180	85,3	<0,0001
Да	0	0,0	31	14,7	
Не может нести расходы по реабилитации					
Нет	311	100,0	196	92,9	<0,0001
Да	0	0,0	15	7,1	
Нет родственников					
Нет	306	98,4	210	99,5	0,409
Да	5	1,6	1	0,5	
Если пациент отметил(а) «Да» (проводили реабилитацию), то оцените реабилитационный процесс					
Неудовлетворительный	3	1,3	20	16,5	<0,0001
Удовлетворительный	54	24,2	59	48,8	
Хороший	129	57,8	41	33,9	
Отличный	37	16,6	1	0,8	
Намерен ли пациент продолжить реабилитацию после выписки?					
Не нуждаюсь в реабилитации	0	0,0	68	32,2	<0,0001
Намерен	264	84,9	107	50,7	
Не хочу продолжать реабилитацию	47	15,1	36	17,1	
Какое из реабилитационных учреждений пациент предпочитает?					
Не нуждаюсь в реабилитации	0	0,0	104	49,3	<0,0001
Специализированная реабилитационная больница	45	14,5	20	18,7	
Реабилитационное отделение общего профиля больницы	17	5,5	19	17,8	
Реабилитационные поликлиники	31	10,0	22	20,6	
Санаторий	152	48,9	13	12,1	
Общинная больница (дневной стационар)	0	0,0	33	30,8	
Семейный врач по реабилитации на дому	66	21,2	0	0,0	
Какие виды реабилитации пациент предпочитает?					
Китайская традиционная медицина	0	0,0	39	36,4	<0,0001
Европейская медицина	311	100,0	2	1,9	
Совместная китайская традиционная медицина и европейская медицина	0	0,0	66	61,7	
Оценка степени оповещения пациентов о потенциальной опасности определенных мест в больнице (предупреждения о скользких поверхностях, возможных местах падения и другие предупреждающие знаки)					
Неудовлетворительная	17	5,5	3	1,4	<0,0001
Удовлетворительная	111	35,7	19	9,0	
Хорошая	164	52,7	186	88,2	
Отличная	19	6,1	3	1,4	

Окончание таблицы 1

Показатель	РФ (311 пациентов)		КНР (211 пациентов)		Точный критерий Фишера
	частота	%	частота	%	
Оцените медицинские условия в стационаре (по оценке пациента)					
Неудовлетворительные	3	1,0	4	1,9	<0,0001
Удовлетворительные	66	21,2	44	20,9	
Хорошие	202	65,0	158	74,9	
Отличные	40	12,9	5	2,4	
EQ-5D (шкала качества жизни)					
Подвижность					
У меня не возникает никаких проблем с передвижением	132	42,4	58	27,5	<0,0001
У меня есть некоторые затруднения при передвижении	143	46,0	98	46,4	
Я полностью прикован к постели	36	11,6	55	26,1	
Самообслуживание					
У меня не возникает никаких проблем с самообслуживанием	199	64,0	83	39,3	<0,0001
У меня есть некоторые проблемы с умыванием или одеванием	70	22,5	77	36,5	
Я совершенно не способен самостоятельно умываться или одеваться	42	13,5	51	24,2	
Бытовая активность					
У меня не возникает проблем с выполнением повседневных привычных обязанностей (работа, учеба, ведение домашнего хозяйства, досуг)	122	39,2	24	11,4	<0,0001
У меня есть некоторые проблемы с выполнением повседневных привычных обязанностей	131	42,1	84	39,8	
Я совершенно не способен выполнять повседневные привычные обязанности	58	18,6	103	48,8	
Боль/дискомфорт					
Я не испытываю болей или дискомфорта	130	41,8	85	40,3	0,001
Я испытываю умеренные боли или дискомфорт	151	48,6	122	57,8	
Я испытываю очень сильные боли или дискомфорт	30	9,6	4	1,9	
Тревога/депрессия					
Я не испытываю тревоги или депрессии	144	46,3	101	47,9	0,851
Я испытываю умеренную тревогу или депрессию	144	46,3	97	46,0	
Я испытываю очень сильную тревогу или депрессию	23	7,4	13	6,2	
По сравнению с общим уровнем здоровья пациента за последние 12 месяцев нынешнее состояние здоровья					
Лучше	38	12,2	8	3,8	<0,0001
Примерно такое же	96	30,9	17	8,1	
Хуже	177	56,9	186	88,2	
Состояние здоровья пациента в день выписки (МКФ)					
100–95 % (норма здоровья)	4	1,3	3	1,4	0,270
95–75 % (легкое нарушение – ограничение)	35	11,3	14	6,6	
75–50 % (умеренное нарушение)	107	34,4	84	39,8	
50–5 % (тяжелое нарушение)	163	52,4	110	52,1	
5–0 % (абсолютное тяжелое)	2	0,6	0	0,0	
Вам нравится нейрореанимация и/или палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ)?					
Нет	248	79,7	Данных по Китаю нет		
Нравится	63	20,3			
Вам нравится приемное отделение?					
Нет	265	85,2	Данных по Китаю нет		
Нравится	46	14,8			
Вам нравится неврологическое отделение?					
Нет	14	4,5	Данных по Китаю нет		
Нравится	297	95,5			

нию реабилитации после инсульта в дневных стационарах или на дому [11]. Практика семейной медицины (врачей общей практики) в Китае только началась и не может охватить большое количество пациентов. Кроме того, немало пациентов зачастую либо не понимают, кто такой врач общей практики, либо считают, что только богатые люди могут позволить себе услуги врача общей практики, либо думают, что оплачивать его услуги полностью придется из личных средств.

По вопросам оценки степени оповещения пациентов о потенциальной опасности определенных мест в больнице и медицинских условий в стационаре пациенты в РФ отметили, что в отделении интенсивной терапии и неврологическом отделении не всегда имеются кнопки для экстренного вызова медсестры. Также пациенты хотели бы иметь более удобную кровать.

По результатам анкетирования средний возраст пациентов составил $65,04 \pm 12,28$ и $69,81 \pm 11,95$ года в РФ в КНР соответственно (средний возраст \pm стандартное отклонение). Средний возраст пациентов отличается на 4,8 года ($t = -4,40$; $P < 0,0001$ по t -критерию). В РФ 4,8 % пациентов молодого возраста (менее 40 лет) от общего числа пациентов с инсультом. В КНР пациенты младше 40 лет инсульта не подвержены. Пациенты от 40 до 65 лет в РФ переносят инсульт чаще, чем в КНР ($P = 0,001$).

По затратам на медицинские услуги среди пациентов РФ и КНР (табл. 2) имеются значительные различия ($P < 0,0001$), поскольку средняя стоимость лечения пациентов с ОНМК в Китае в 2,7 раза выше, чем в России. Это связано с тем, что в России существуют строгие стандарты оказания медицинской помощи, а в Китае, в зависимости от конкретных обстоятельств, те или иные исследования проводятся по рекомендации врача.

Как видно из данных табл. 3, больничные расходы в стационаре на душу населения в государствен-

ных больницах третьего уровня в Китае были значительно выше, чем в государственных больницах второго уровня. В то же время больницы обеих уровней показывают стабильную ежегодную тенденцию роста цен.

При сравнении показателей, приведенных в табл. 4, наблюдается положительная динамика в состоянии пациентов в день выписки — значительное улучшение ($P < 0,0001$) по сравнению с показателями при поступлении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская помощь пациентам с ОНМК в РФ и КНР, безусловно, имеет свои особенности. Данное исследование было основано на анализе качества медицинской помощи при инсульте с точки зрения самих пациентов и ориентировано на выявление основных организационных проблем, устранение которых в дальнейшем могло бы способствовать повышению качества оказания медицинской помощи при ОНМК.

Проведенные нами исследования показали, что, хотя мы и не можем изменить или уменьшить влияние таких факторов, как личностные и характерологические особенности пациента, пол, уровень образования, тяжесть и продолжительность заболевания пациентов, перенесших инсульт, но есть вопросы, уделяя внимание которым, можно существенно повысить удовлетворенность пациентов качеством оказания помощи при ОНМК:

1) соблюдение требований к оснащению палат (каждой койки) кнопками экстренного вызова медсестры, предупреждения о скользких поверхностях, возможных местах падения и другие варианты обеспечения безопасности пациентов;

2) современная система контроля за состоянием пациента с обязательным информированием о том, что за ним ведется постоянное наблюдение, и за информацией о методах диагностики и лечения, которые применяются при ОНМК, чтобы у пациента не возникало ощущения долгого ожидания начала лечения;

3) правила госпитализации при ОНМК необходимо четко объяснять пациентам и их родственникам, чтобы избежать недоразумений между врачами и пациентами;

4) следует продумать варианты размещения пациентов в палате, соответствующей степени их тяжести, в максимально комфортных для них условиях;

Таблица 2
Сравнительные показатели средней длительности пребывания в больнице, результатов шкалы EQ-5D, общих затрат пациента на медицинские услуги в РФ и КНР

Показатель	РФ (311 пациентов)	КНР (211 пациентов)	Критерий Стьюдента (t-критерий)
	Среднее число ± стандартное отклонение		
Количество дней пребывания в больнице	15,50±42,51	14,96±7,07	0,115
Подвижность	1,69±0,67	1,99±0,73	<0,0001
Самообслуживание	1,50±0,72	1,85±0,78	<0,0001
Бытовая активность	1,79±0,73	2,37±0,68	<0,0001
Боль/дискомфорт	1,68±0,64	1,62±0,53	0,225
Тревога/депрессия	1,61±0,62	1,58±0,61	0,611
EQ-5D (шкала качества жизни)	8,27±2,44	9,41±2,56	<0,0001
Затраты пациента (общие) на медицинские услуги (рубли по курсу от 3 июня 2016 г. – 1:10)	69 654,18±34 840,39	185 545,02±150 413,91	<0,0001

5) для обеспечения максимального сотрудничества со стороны пациента необходимо больше общаться с ним, особенно в условиях нейрореанимации, с реализацией индивидуального подхода к каждому пациенту, с объяснением причин заболевания и постановкой задач для пациента. Для успеха в этом направлении необходимо специальное обучение персонала правилам общения с пациентами и ухода за ним;

6) продолжить развитие юридических основ оказания медицинской помощи при ОНМК в КНР в части разработки регламентирующих документов для улучшения самой медицинской помощи и для защиты интересов пациентов;

7) цель госпитализации пациентов с ОНМК состоит в том, чтобы облегчить симптомы заболевания, достичь скорейшего выздоровления и возвращения к полноценной жизни. Таким образом, и в Китае, и в России исход заболевания является основным фактором, влияющим на удовлетворенность пациента. Пациенты ожидают максимально быстрого обследования и постановки диагноза, желают знать план лечения и прогноз для жизни и восстановления. Для достижения оптимальных исходов необходима единая система оказания помощи при ОНМК и создание сети центров, специализированных на лечении таких пациентов, с единой логистикой движения от отделения реанимации до подразделения реабилитации в остром и раннем восстановительном периодах инсульта и далее в амбулаторном режиме в раннем и позднем восстановительном периоде.

Таблица 3
Больничные расходы в стационаре на душу населения в КНР, р. [1, 2]

Все больницы		Государственные больницы		Третий уровень государственных больниц			Второй уровень государственных больниц		
2014 г.	2015 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
78 323	82 681	82 905	88 330	117 522	120 582	125 993	50 436	51 492	53 582
[2]	[2]	[2]	[2]	[1]	[1]	[2]	[1]	[1]	[2]

Примечание: 1 юань = 10 р., курс обмена от 3 августа 2016 г.

Таблица 4
Сравнительные показатели пациентов по шкале NIHSS, шкале Рэнкин, шкале Ривермид в РФ при поступлении в стационар и в день выписки

Показатель	Среднее число \pm стандартное отклонение	Критерий Стьюдента (t-критерий)
По шкале NIHSS		
При поступлении (303 пациентов)	5,64 \pm 4,73	<0,0001
На день выписки (259 пациентов)	2,76 \pm 3,27	
По шкале Ренкин		
При поступлении (299 пациентов)	2,70 \pm 1,43	<0,0001
На день выписки (259 пациентов)	1,58 \pm 1,25	
По шкале Ривермид		
При поступлении (299 пациентов)	5,93 \pm 4,37	<0,0001
На день выписки (262 пациентов)	11,30 \pm 5,33	

Примечание: данных по Китаю нет.

в раннем и позднем восстановительном периодах ОНМК, с обязательным соблюдением правил вторичной профилактики. Безусловно, для этого необходимо, помимо организационных решений, обеспечить повышение уровня профессиональных компетенций персонала, вовлеченного в процесс диагностики и лечения пациентов с церебральным инсультом;

8) как в Китае, так и в России пациенты с ОНМК в течение долгих лет вели нездоровый образ жизни. Данный факт в итоге послужил развитию данного заболевания, на полное излечение от которого пациент надеется. Но не всегда имеется возможность восстановить пациента по тем или иным причинам. Рациональнее и продуктивнее изначально осведомлять пациентов о той или иной болезни, плюсах своевременной первичной и вторичной профилактики заболеваний и исключении факторов риска. Важно использовать современные медицинские технологии для того, чтобы по максимуму повысить качество жизни пациента, перенесшего инсульт. Только так можно достичь соответствующих ожиданий пациентов в лечении и удовлетворенности оказываемой медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ма Сяовэй, Ван Лунге, Сюй Кэ и др. Скрининг и вмешательства Китайского населения с высоким риском развития инсульта: государственный проект / Министерство здравоохранения основных условий для установления третьего уровня базовой больницы и профессиональных требований // Министерство финансов и Министерство здравоохранения специальной медицинской реформы.
2. Наумова Е. А., Ушаков В. Ю. Влияние личностных характеристик пациента на удовлетворенность от лечения

у пациентов отделений терапии, кардиологии, гастроэнтерологии // Аprobация: науч. журн. — 2015. — Т. 28. — № 1. — С. 86—90.

3. Щепин О. П., Мегик В. А. Управление качеством медицинской помощи // Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. — 2011. — 592 с.

4. Cai Min, Zhang Yaoguang. Inpatients' Evaluation of the Health Institution and the Factors Associated with Patients' Dissatisfaction // Chinese Hospital Management. — 2010. — Vol. 30. — № 5. — P. 7—9. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5329.2010.05.003.

5. Dong Yiren, Tao Pengde. A Statistic Analysis on the Factors of Influencing Patient Satisfaction // Chinese core journals. — 2005. — Vol. 24. — № 1. — P. 116—120.

6. Han Peihua, Liu Anqi, Li Lunlan et al. The influential factors of the inpatients' satisfaction // Chinese Nursing Management. — 2009. — Vol. 9. — № 10. — P. 37—40. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2009.10.014/

7. Huang Huigen, Zhong HuaSun, Huang hongYou et al. The Nursing Serving Management and the Patient Satisfaction Percent // Chinese Journal of practical nursing. — 2003. — Vol. 19. — № 6. — P. 70—76. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2003.06.052.

8. Liu Lijuan, Guo Qiang. Study on Patient Satisfaction and Its Influencing Factors // Hospital Administration Journal of Chinese People's Liberation Army. — 2004. — Vol. 11. — № 5. — P. 427—428. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9985.2004.05.020.

9. Sun Mei. An analysis of the in-patient satisfaction // Chinese Nursing Management. — 2006. — Vol. 6. — № 7. — P. 34—35. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2006.07.013.

10. Wang Xiaogin, Liu Yueze, Sun Junlian. Evaluation study on the satisfaction of in-patients to hospitals // Soft Science of Health. — 2011. — Vol. 25. — № 6. — P. 426—429.

11. Zhang Tong et al. 中国脑卒中康复治疗指南 [Клинические рекомендации оказания помощи по медицинской реабилитации по ведению больных с инсультом / пер. авт.] // Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice. — 2012. — Vol. 18. — № 4. — P. 301—318. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2012.04.001.

12. 年医院次均门诊费用234元,人均住院费用8268元 [Больничные расходы на душу населения в больницах в стационаре, средняя стоимость разового посещения амбулаторных в 2015 г. / пер. авт.] / Китайский коммерч. пром. науч.-исслед. ин-т. URL: <http://www.askci.com/news/dxf/20160722/10024145072.shtml>.

13. 年城乡居民医保就医报销比例 [Обязательное медицинское страхование возмещения расходов на медицинских услуги у городских и сельских жителей в 2016 г.]. — 2016.

14. 月全国二级以上公立医院病人费用情况 [Медицинские затраты пациентов в государственных больницах второго и третьего уровня КНР с января по ноябрь 2013 г. / пер. авт.] // Statistical Information Center of the National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China [Статист.Инфор. центр Нац. здравоохранения и комиссии по планированию семьи Китайской Народной Республики]. — 2013. URL: <http://www.nhfpc.gov.cn/mohwsbws/tjxxzx/s7967/201401/c0584789a3b54c03bd1b1e7b763332af.shtml> 月全国二级以上公立医院病人费用情况 [Медицинские затраты пациентов в государственных больницах второго и третьего уровня КНР с января по сентябрь 2014 г. / пер. авт.]. URL: http://www.nhfpc.gov.cn/mohwsbws/tjxxzx/s7967/201411/e18c46f4b73e4efd9310_941c06fe99a7.shtml.

РЕЗЮМЕ

С. С. Юй

Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи при инсульте в Российской Федерации и Китайской Народной Республике

Исследование посвящено сравнению и анализу удовлетворенности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) качеством оказания медицинской помощи в РФ и Китайской Народной Республике для выявления ведущих проблем и наиболее удачных организационных решений в системе оказания медицинской помощи при инсульте. Был проведен анализ различий по следующим показателям: качество медицинской помощи в стационаре по оценке пациента; отношение врачебного, сестринского персонала и лечащего врача к пациентам (по оценке пациента); своевременность диагностики и лечения; уровень квалификации персонала с точки зрения пациента; удовлетворенность достигнутым результатом лечения; доступность и объем проводимых с пациентом бесед о сути и причинах заболевания; результаты тестирования по шкале качества жизни EQ-5D.

Ключевые слова: инсульт, качество медицинской помощи, качество жизни, Китай, Россия.

SUMMARY

S. S. Yu

Satisfaction with the quality of medical care for patients with stroke in the Russian Federation and the People's Republic of China

This study focuses on comparing and analyzing the satisfaction of quality of medical care for patients with acute stroke in the Russian Federation (RF) and the People's Republic of China (PRC) to identify major problems and the most successful organizational solutions in the system of medical care for patients with stroke. The analysis of differences was performed by the following parameters: quality of care in hospital assessed by patients; the attitude of the medical and nursing staff and the physician to patients (assessed by patients); timely diagnosis and treatment; the level of staff qualifications assessed by patients; satisfaction with the outcome of treatment; availability and volume of conversations held with the patient about the nature and causes of the disease; test results by the life quality scale EQ-5D.

Keywords: stroke, quality of medical care, quality of life, China, Russia.

© Коллектив авторов, 2016 г.
УДК 616.891 : 362.11

**Л. В. Кочорова, В. С. Скрипов,
Г. А. Иванова, Е. Б. Захарова**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

За последние десятилетия отмечается значительное увеличение численности больных с психосоматической патологией. В современных условиях в момент диагностики заболевания рассмотрению должно подлежать не только соматическое состояние пациента, но и его психика, т. е. душа. В России данное понимание было предложено Б. А. Лебедевым, который выдвинул понятие «души» на передний план.

По различным данным, от 15 до 60 % населения страдают психосоматическими расстройствами [2–4], или, по Международной статистической классификации болезней X пересмотра (МКБ-10), соматоформными расстройствами (F45) — психологическими и поведенческими факторами, связанными с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах (F54).

Изучение психосоматических расстройств представляет особый интерес. Сложность заключается в том, что заболевания данной группы отличаются значительным полиморфизмом. Важным с точки зрения диагностического и лечебного процесса является то, что отличительной чертой современного патоморфоза различных душевных расстройств является появление так называемых маскированных депрессий [1, 6, 8].

По данным П. И. Сидорова и др., среди населения трудоспособного возраста распространенность психосоматических расстройств колеблется в пределах от 50 до 70 %. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) составляет 30–40 % населения, ишемической болезни сердца (ИБС) — 5–10 % [5].

Детальный анализ медико-социальной характеристики пациентов психосоматического отделения чрезвычайно важен для изучения организационной основы психосоматического стационара.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проводились анализ медицинской документации (медицинская карта стационарного больного), а также анкетирование пациентов одного из крупнейших психосоматических отделений в Санкт-Петербурге, расположенного на базе Введенской больницы. Данное отделение специализируется на кардиологической патологии. Отделение включает в себя 50 койко-мест, средняя длительность пребывания больного в стационаре составляет 22,6 койко-дня. В 2015 г. на данном отделении были пролечены 799 пациентов, из которых порядка