

проблемой в труднодоступности или отсутствии каких-либо значимых данных для нашей работы. Это говорит о необходимости реструктуризации источников медицинской статистики и повышении их доступности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методы исследования «качества жизни» в офтальмологической практике: учебное пособие. М.: ФГБОУ ДПО ИПК ФБМА; 2016; с. 3-4.
2. Данные Национального Института Глаза <https://nei.nih.gov/eyedata/cataract#5> на 07 декабря 2015.
3. Pascolini D., Mariotti S.P. Global estimates of visual impairment. *Br. J. Ophthalmol.* 2010; 96: 614-8.
4. Либман Е.С., Рязанов Д.П., Калеева Э.В. *Инвалидность вследствие нарушения зрения в России. Сборник научных трудов.* М.: 2012; 2; 797-8.
5. Nischler C., Michael R., Wintersteller C., Marvan P., Emsz M., Van Rijn L.J., van den Berg T.J., Wilhelm H., Coeckelbergh T., Barraquer R.I., Grabner G., Hitzl W. Cataract and pseudophakia in elderly European drivers. *Eur. J. Ophthalmol.* 2010; 20(5): 892-901.
6. Данные Министерства Здравоохранения Российской Федерации на 7 декабря 2015. <http://www.rosminzdrav.ru/documents>
7. Данные Московского городского фонда Обязательного медицинского страхования на 7 декабря 2015. http://www.mgfoms.ru/?page_id=5198
8. Южаков А.М. *Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ.* М.: 2003; 27-31.
9. Бутаков С.В., Колбаско А.В. Структура и распространённость катаракт у коренного сельского населения телеутов Кузбаса. *Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний глаз. Труды конференции.* Новокузнецк: 2007; 101-6.
10. Либман Е.С., Калеева Э.В., Рязанов Д.П. Комплексная характеристика инвалидности вследствие офтальмопатологии в Российской Федерации. *Российская офтальмология.* 2012; (5): 24-6.
11. Федеральная служба государственной статистики на 7 декабря 2015. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312
12. OECD Labour Force Statistics. <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm#indicator-chart>
13. Brown G.C., Brown M.M., Menezes A., Busbee B.G., Lieske H.B., Lieske P.A. Cataract surgery cost utility revisited in 2012: a new economic paradigm. *Ophthalmology.* 2013; 120(12): 2367-76.
14. Федеральная служба государственной статистики на 7 декабря 2015. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/

Поступила 12.10.2017

Принята в печать 02.11.2017

REFERENCES

1. Methods of research «quality of life» in ophthalmic practice. [Metody issledovaniia «kachestva zhizni» v oftal'mologicheskoi praktike]. Moscow: FGBOU DPO IPK FBMA, 2016; 3-4 (in Russian)
2. Data from the National Eye Institute [Dannye Natsional'nogo Instituta Glaza]. <https://nei.nih.gov/eyedata/cataract#5> data from 7 December 2015. (in Russian)
3. Pascolini D., Mariotti S.P. Global estimates of visual impairment. *Br. J. Ophthalmol.* 2010. 96: 614-8.
4. Libman E.S., Riazanov D.P., Kaleeva E.V. *Disability due to impaired vision in Russia. Collection of scientific papers. [Invalidnost' v sledstvie narusheniia zreniia v Rossii].* Moscow: 2012; 2: 797-8. (In Russian)
5. Nischler C., Michael R., Wintersteller C., Marvan P., Emsz M., Van Rijn L.J., van den Berg T.J., Wilhelm H., Coeckelbergh T., Barraquer R.I., Grabner G., Hitzl W. Cataract and pseudophakia in elderly European drivers. *Eur. J. Ophthalmol.* 2010; 20(5): 892-901.
6. Data from the Ministry of Health of the Russian Federation. [Dannye Ministerstva Zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii] <http://www.rosminzdrav.ru/documents> data from 07 December 2015. (in Russian)
7. The data of the Moscow city Fund of Obligatory Medical Insurance. [Dannye Moskovskogo gorodskogo fonda Obiazatel'nogo Meditsinskogo Strakhovaniia]. http://www.mgfoms.ru/?page_id=5198 data from 7 December 2015. (in Russian)
8. Iuzhakov A.M. Elimination of preventable blindness: world initiative of who [Likvidatsiia ustranimoi slepoty: Vsemirnaia initsiativa VOZ]. Moscow: 2003; 27-31. (in Russian)
9. Butakov S.V., Kolbasko A.V. The structure and prevalence of cataracts among indigenous rural population of Teleuts Kuzbass. *Modern problems of diagnosis and treatment of diseases of the eye. [Struktura i rasprostranennost' katarakt u korenno sel'skogo naseleniia teleutov Kuzbassa. Sovremennye problemy diagnostiki i lecheniia zabolovaniia glaz].* Novokuznetsk: 2007; 101-6. (in Russian)
10. Libman E.S., Kaleeva E.V., Riazanov D.P. The complex characteristic of disability due to ophthalmopathology in the Russian Federation. *Russian ophthalmology.* 2012; (5): 24-6. (in Russian)
11. Federal State statistics Service. [Federal'naia Sluzhba Gosudarstvennoi statistiki]. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312 data from 7 December 2015.
12. OECD Labour Force Statistics. <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm#indicator-chart>
13. Brown G.C., Brown M.M., Menezes A., Busbee B.G., Lieske H.B., Lieske P.A. Cataract surgery cost utility revisited in 2012: a new economic paradigm. *Ophthalmology.* 2013; 120(12): 2367-76.
14. Federal State statistics Service [Federal'naia Sluzhba Gosudarstvennoi statistiki]. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/ data from 7 December 2015.

УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

¹ОЧУ ВО «Международный юридический институт», Астраханский филиал, 414000, г. Астрахань;

²ГБУЗ АО «Центр медицинской профилактики», 414024, г. Астрахань

Потребность в оптимизации стратегий деятельности различных структур здравоохранения ориентирует научно-практический интерес на изучение степени удовлетворенности пациентов не только получаемой медицинской помощью, но и психологическими взаимодействиями со специалистами, санитарно-гигиеническими, организационными, социокультурными и иными характеристиками лечебного учреждения. Цель исследования ориентирована на подтверждение гипотезы о целесообразности привлечения социологических исследований к оценке качества медицинской помощи в условиях учреждений практического здравоохранения. Авторами статьи были обозначены теоретические основания проблемы и проведено прикладное исследование (анкетирование), в задачи которого входила оценка компетентности и уровня профессионализма специалистов, доброжелательности сотрудников, диагностических возможностей, са-

нитарно-гигиенических условий, а также профилактической, информационной и организационной работы учреждения. На основе гендерного и возрастного критериев были выявлены различия в показателях запросов респондентов, а также определены их общие потребности в сфере поддержания физического и социального здоровья.

Ключевые слова: организация работы учреждения здравоохранения; удовлетворённость пациентов; социологический опрос.

Для цитирования: Шишкина Е.А., Куандыков Г.Б. Удовлетворённость оказанием медицинских услуг как показатель эффективности работы лечебно-профилактического учреждения. *Социология медицины*. 2017; 16(2): 122—127. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-16-2-122-127>

Для корреспонденции: Шишкина Елена Александровна, д-р социол. наук, профессор, зав. кафедрой общегуманитарных и естественнонаучных дисциплин. E-mail: cosmos717@mail.ru

Shishkina E.A.¹, Kuandykov G.B.²

THE SATISFACTION WITH MEDICAL SERVICES AS AN INDICATOR OF EFFICIENCY OF FUNCTIONING OF MEDICAL INSTITUTION

¹The Astrakhan branch of the educational private institution of higher education «International institute of law», 414000 Astrakhan, Russia

²The state budget institution of health care «The center of medical prevention», 414024, Astrakhan, Russia

The need in optimization of strategies of activities of various health care structures focuses scientific practical interest to studying a degree of satisfaction of patients with not only received medical care but psychological interactions with specialists, sanitary hygienic, organizational, sociocultural and other characteristics of curative institution. The purpose of study is targeted to corroborate a hypothesis about expediency of involvement of sociological surveys to medical care quality assessment in conditions of practical health care institutions. The article designates theoretical foundation of the problem and expounds results of applied study (questionnaire survey) targeted to evaluate competence and level of professionalism of specialists, benevolence of employees, diagnostic possibilities, sanitary hygienic conditions and also preventive, informational and organizational functioning of institution. On the basis of gender and age-related criteria differences in indices of requirements of respondents were established and their common needs in sphere of supporting physical and social health as well.

Key words: organization of functioning; health care institution; satisfaction; patients; sociological survey

For citation: Shishkina E.A., Kuandykov G.B. The satisfaction with medical services as an indicator of efficiency of functioning of medical institution. *Sociologiya meditsiny*. 2017; 16(2): 122—127. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-16-2-122-127>

For correspondence: Shishkina E.A., doctor of sociological sciences, professor, the head of the chair of common humanitarian and natural scientific disciplines of The Astrakhan branch of the educational private institution of higher education «International institute of law». E-mail: cosmos717@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 30.03.2016
Accepted 02.10.2017

Общественное здоровье представляет собой сложный динамичный феномен, образованный множеством составляющих, имеющих не только физические, но и социальные параметры. Именно социальные компоненты общественного здоровья приобретают в современных условиях значимость регулятора физического и психического благополучия населения. Социальные механизмы образуют комплекс средств, влияющих на деятельность системы здравоохранения, профилактическую медицину, а также на характер общественных здоровьесберегающих практик, образ жизни индивидов и социальных групп.

Здоровье и болезнь все больше предстают как состояния, имеющие социальный генезис, требуя медицинского и одновременно социологического анализа и интерпретирования. В значительной мере здоровье и болезнь исходят из самочувствия индивида и социальных групп, которое следует рассматривать не только как результат диагностических возможностей совре-

менных лечебных учреждений и эффективности медикаментозной терапии. Уровень самочувствия определяется качеством психологических взаимодействий, которые складываются между пациентами и медицинскими работниками в процессе оказания различных форм медицинской помощи, и условиями (нравственными, культурными, санитарно-гигиеническими, организационными), в которые погружены эти взаимодействия.

А.В. Решетников указывает, что в медицине многое (исследовательская деятельность, клиническая практика или профилактическая работа) требует знания факторов культурного и социального воздействия. Влияя на осознание человеком потребности в медицинской помощи, они приводят к решению обратиться за ней, влияют на оценку её уровня и качества [1, с. 25]. Тем самым, анализ отношения человека к здоровью, болезни и её лечению в социокультурном контексте позволяет обнаружить множество точек пересечения медицинской практики и личностно-психологических, группо-

вых, общественных факторов, определяющих степень эффективности деятельности лечебного учреждения и его гуманистическую стратегию.

Организация деятельности лечебного учреждения в формате профилактики заболеваний и сохранения здоровья — сложное структурно-функциональное образование. Значимыми здесь являются как базовые составляющие (лечебно-диагностическая работа), так и кажущиеся на первый взгляд второстепенными компоненты: санитарно-гигиеническое состояние помещений, работа гардероба, культура обслуживания. Эти стороны социальных отношений могут порой сыграть первостепенную роль в формировании социального настроения и самочувствия граждан. Так, высокая удовлетворённость пациента посещением врача может быть нивелирована грубостью работника гардероба, а неудовлетворённость оказанием медицинской помощи может показаться ничтожной после душевной беседы с санитаркой. Социальные взаимодействия подобного рода выступают практической моделью медицинской деонтологии, раскрывающей важность поведения медицинских работников в создании благоприятных условий для выздоровления больного, практической реализации принципов медицинской этики.

Г. Штайнхемп, выдвигая гипотезу о социальной причинности заболеваний, опирается на культурно-поведенческий и социально-структурный подходы, согласно которым важнейшее значение приобретают культурные практики и психологические установки личности в отношении здоровья [2]. Социальная среда, являясь многоликим образованием, сотканным из политических, экономических, культурных, нравственных пространств и полей, становится платформой, на которой формируются целостное представление о возможностях современной медицины, качество работы системы здравоохранения и удовлетворённость населения получаемой помощью, которую необходимо рассматривать как часть физического и социального здоровья общества.

Качество медицинской помощи А.Т. Бойко характеризует как совокупность её форм, удовлетворяющих потребности пациентов с учётом стандартов здравоохранения и средств, соответствующих современному уровню медицинской науки. Доступность же медицинской помощи выступает как реальная возможность получения её населением вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания [3]. Такая формулировка позволяет в широком смысле говорить о значении разнообразных факторов социального пространства, обеспечивающих или затрудняющих процесс оздоровления населения. Актуализация изучения роли средовых составляющих в конструировании здоровья общества, потребность в выявлении проблемных зон, несоответствия между должным и реальным ориентируют исследовательский интерес на необходимость усовершенствования методов контроля качества медицинской помощи, оказываемой лечебными учреждениями различного уровня и профиля.

Стандартная, наиболее распространённая система основных средств контроля качества медицинской помощи представляется как триединство медицинских стандартов, экспертной оценки и показателей здоровья

населения. Широкое распространение в мире получила также оценочная модель А. Donabedian, которая ещё в 1966 г. была построена на оценке совокупности трёх компонентов:

- ♦ ресурсов, включающих кадры, оборудование, материально-технические условия пребывания пациентов и трудовой деятельности медперсонала;
- ♦ процесса, представляющего собой реализацию лечебно-диагностических технологий;
- ♦ результатов, выступающих итоговыми показателями эффективности профилактики, диагностики, реабилитации, обучения и т. д. Однако данный подход, хотя и показал свою состоятельность в реализации задач контроля за качеством медицинской помощи на протяжении длительного времени, в современных условиях всё более становится недостаточным как для определения эффективности работы лечебных учреждений, так и для построения дальнейших стратегий развития системы здравоохранения, поскольку не учитывает роли человеческого фактора, который всё сильнее определяет состояние различных сфер общественной жизни, в том числе здоровья.

В отчётах учреждений отражение эффективности работы системы здравоохранения все чаще опирается не только на статистику заболеваемости и смертности, но и на информацию о техническом обеспечении и связанных с ним диагностических возможностях. В то же время почти за кадром остаются *личностные факторы*: неполноценное обследование пациентов, невнимательное отношение к больному, недостатки в организации лечебного процесса и иные, являющиеся результатом сложных ментальных особенностей личности, социальной группы и целого общества.

Информация, опубликованная в «Медицинской газете», указывает на то, что в современном российском обществе всё более заметен рост конфликтных ситуаций между лечебным учреждением и пациентом, в которых немаловажную роль играет субъективный фактор, в частности ошибки, связанные с общением. Субъективные причины врачебных ошибок способствуют тому, что чисто медицинские действия врача становятся второстепенными и не имеют решающего значения. Даже если врач всё сделал правильно с точки зрения медицины, юридические и психологические ошибки во взаимодействии с пациентом могут привести к серьёзным последствиям для врача и всего медицинского учреждения [4]. Опрос, проведенный ВЦИОМ в 2006 г., показал, что 54% пациентов выразили недовольство отношением медперсонала к себе, 52% — укомплектованностью лечебного учреждения, 68% — наличием очередей [5].

Министерством здравоохранения РФ обобщены результаты социологических опросов, проведенных в 2014-2015 гг. ведущими организациями, осуществляющими мониторинг общественного мнения в области охраны здоровья. Результаты показывают позитивную динамику удовлетворённости населения медицинской помощью и здравоохранением. Исторический максимум удовлетворённости (40,4%) приходится на март-июль 2015 г., что по сравнению с 2006 г. демонстрирует увеличение на 10,4%, а по сравнению с 2012 г. — на 5%) [6]. Однако даже при наличии позитивной динамики показатели удовлетворённости отражают её весьма

невысокий уровень. Результаты исследований не только обнажают культурные и организационные дефекты в функционировании системы здравоохранения и её отдельных структур, но позволяют наметить стратегии дальнейшего совершенствования их работы. Исследования подобного рода в значительной мере указывают на ценность общественного мнения, социального настроения, определяющих качество социально-психологических характеристик здоровья.

То, с какими событиями человек сталкивается в жизни, отмечает А.В. Кос, зависит от его пространства действий, степени контроля над средой и фактора случайности, которые определяют масштабы возможности человека выбирать и изменять свою среду [7]. Потому *убедительным представляется мнение* Ю.Т. Шарабчиева и Т.В. Дудиной, которые признают, что *ориентированность на пациента* означает его участие в принятии решений по оказанию медицинской помощи и удовлетворённость её результатами. Учёт мнения населения способствует более эффективному соблюдению прав человека на качественную медицинскую помощь, на чуткое отношение к нему медперсонала и соблюдению других прав пациентов [8].

Ссылаясь на исторический опыт России и зарубежных стран, одну из возможностей контроля над ситуацией и воздействия на общественное мнение по вопросам оказания медицинской помощи и медицинских услуг В.Д. Володин видит в создании различных общественных организаций, которые могли бы формировать мнение населения о качестве организации медицинской помощи [9]. Авторы не разделяют данной точки зрения, поскольку в условиях общесистемного кризиса создание дополнительных организаций (пусть даже общественных) создаёт классическую угрозу преобладания структуры над функцией (на что указывал ещё Т. Парсонс). Их наличие не является гарантом высокого качества профессионального сознания медицинского работника, тем более повышения уровня материально-технического обеспечения лечебного учреждения. Следует также обратить внимание на то, что общественное мнение как глубоко социальный феномен, формируемый рефлексивно на основе реальных ситуаций, с которыми сталкиваются люди в процессе своей жизнедеятельности, не нуждается в том, чтобы его сознательно формировали. Да и возможностей СМИ вполне достаточно для воздействия на общественное мнение в самых различных интерпретациях.

Видится, что актуальность общественного мнения заключается не в сознательном его формировании, а в его измерении средствами, в частности, социологической методологии. Как было отмечено выше, надёжность оздоровительных практик определяется не только диагностическими и лечебными возможностями учреждения, но и внедрением тех или иных программ по контролю за их эффективностью (по принципу «до и после»), а также степенью удовлетворения пациента полученной помощью. Целостное изучение здоровья и болезни, включающих психоэмоциональный настрой пациента, опирается на жесткие методы социологического анализа, исходящие из регистрации личного опыта людей, их ценностей, образа жизни, мыслей и чувств, интерпретирования различных жизненных си-

туаций. А значимость индивидуального и общественного мнения в вопросах удовлетворённости населения оказанием медицинских услуг становится в ряде случаев базовой составляющей в конструировании системы оценки качества работы учреждения. Однако к настоящему моменту исследования подобного рода практикуются в формате научной деятельности и находятся за пределами практического здравоохранения. Представляется, что интеграция обозначенных идей в структуру практической деятельности имеет высокую целесообразность и возможна путём включения социологической методологии в систему контроля за качеством медицинской помощи и в исследовательские проекты перспективного развития конкретной лечебно-профилактической структуры. Регулярное проведение опросов (анкетирование, интервью) становится одним из наиболее доступных и эффективных средств анализа обозначаемой ситуации.

В связи с этим показательным становится опыт деятельности Центра медицинской профилактики Астраханской области, построенный не только на выполнении стандартных задач по осуществлению различной лечебно-профилактической помощи населению, но и на внедрении инновационных подходов в систему мониторинга социального самочувствия и здоровья населения. В частности, с 2013 г. в структуре учреждения при постоянном участии представителей научной сферы (доктора и кандидата наук) функционирует отдел мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, реализующий изучение и анализ самых разнообразных сторон социального здоровья общества на основе социологических опросов пациентов. Результаты исследований публикуются в научных изданиях и приобретают научно-практическую, академическую, организационную, социокультурную значимость.

Материалы и методы

В рамках данной статьи представлен анализ показателей одного из социологических исследований (анкетирования), проведённого Центром медицинской профилактики Астраханской области в 2015 г. и направленного на изучение удовлетворённости пациентов оказанием лечебно-профилактической помощи в учреждении, условиями ее реализации. Задачи исследования ориентированы на оценку компетентности и уровня профессионализма специалистов, доброжелательности сотрудников, диагностических возможностей, санитарно-гигиенических условий, а также профилактической, информационной и организационной работы учреждения. Объект исследования представлен совокупностью социально-психологических условий, включённых в пространство практической деятельности учреждения, предмет — удовлетворённостью пациентов учреждения этими условиями и оказанием медицинской помощи. Выборочная совокупность представлена жителями г. Астрахани и Астраханской области ($n = 400$). Выборка целевая, ошибка выборки — +5%. При формировании выборки использовался метод отбора на основе принципа удобства — с позиций доступности респондентов [10, с. 111]. В анализе используется перекрёстная группировка по гендерному и возрастному критериям.

Результаты исследования

Наиболее частой причиной посещения Центра медицинской профилактики среди мужчин явилось наличие жалоб и потребность в получении медицинской помощи (44,7%), среди женщин — желание пройти диагностическое обследование (53,8%). Наименее распространённой причиной явилась потребность в получении консультации по профилактике заболеваний: 23,7% мужчин, 17,3% женщин. Как среди мужчин, так и среди женщин большинство обратилось в данное учреждение самостоятельно (79 и 78,8% соответственно) и лишь небольшая часть (21 и 21,2% соответственно) — по направлению другой лечебно-профилактической структуры. Впервые в данное учреждение обратились 35,5% мужчин и 34,6% женщин. Практически столько же (44,7 и 38,4%) отметили, что регулярно пользуются услугами Центра.

Косвенным свидетельством удовлетворённости респондентов оказанием медицинской помощи, полученной в Центре медицинской профилактики, являются механизмы передачи информации посредством межличностного общения по принципу «из рук в руки». Так, на вопрос «из каких источников Вы узнали о нашем Центре?» наиболее частым стал ответ «от знакомых». Его выбрали 43,4% мужчин и 36,5% женщин. Среди других источников были названы информационные буклеты (26,3 и 19,2% соответственно), официальный сайт учреждения (21,1 и 19,2% соответственно) и направление врача иного лечебного учреждения (18,4 и 27% соответственно). Некоторые респонденты узнали о Центре из СМИ (11,9 и 17,3% соответственно). Работа различных информационных каналов способствовала высокой популяризации учреждения, а показатели межличностных коммуникаций отразили достаточно хороший уровень доверия населения его медицинскому персоналу.

Среди причин, заставивших пациентов обратиться за медицинской помощью в Центр, были указаны:

- ♦ в поликлинике по месту жительства трудно попасть к врачу (21,1 и 19,2%);
- ♦ в поликлинике по месту жительства отсутствуют нужные специалисты (27,6 и 52%);
- ♦ в Центре доступные цены на услуги (29 и 36,5%);
- ♦ желание получить высококвалифицированную помощь (51,3 и 28,8%);
- ♦ отсутствие очередей (22,4 и 21,2%).

Важно, что такие критерии, как внимательное отношение медицинского персонала к пациентам (14,5 и 13,5%), более широкий спектр предоставляемых медицинских услуг (2,6 и 3,8%) и современное оборудование (7,7 и 3,8%) не вошли в число наиболее значимых причин обращения пациентов в Центр медицинской профилактики. Из числа таких услуг, как приём терапевта, приём узких специалистов, лабораторное и аппаратное обследование наиболее востребованным стало аппаратное обследование (40,8% мужчин и 32,7% женщин).

Важные сведения получены в ответах на вопрос о профилактике заболеваний. Так, несмотря на то, что учреждение, в рамках которого проводился опрос, является профильным профилактическим учреждением, лишь 23,7% мужчин и 21,1% женщин отмечают, что

врачи Центра в достаточном объёме уделяют внимание вопросам предупреждения различной патологии. Интересно, что 57,9% мужчин и 59,7% женщин не знают, в чём заключается разница между лечением и профилактикой заболеваний, что в ещё большей мере подтверждает низкую заинтересованность медицинских работников в профилактической работе и влечёт недооценку профилактического оздоровления пациентами.

Одним из критериев оценки качества оказываемых услуг выступил субъективный фактор, напрямую отражающий удовлетворённость пациентов полученными услугами. Мужчины оказались более требовательными к деятельности учреждения, поскольку полное удовлетворение выразили 38,2% из них. Среди женщин таковых оказалось 65,4%. Частично удовлетворены 42,1% мужчин и 19,2% женщин. Полное неудовлетворение выразили 19,7 и 15,4% респондентов соответственно.

Из числа ранее обращавшихся в Центр пациентов улучшение в его деятельности Центра заметили 9,2% мужчин и 32,7% женщин. Наличие спорных ситуаций, которые разрешались без привлечения администрации учреждения, отметили 6,6 и 11,5% соответственно. В 2,6 и 3,8% случаев спорные вопросы были положительно разрешены при участии руководства Центра.

Респондентам был задан вопрос о том, что следует сделать, чтобы улучшить качество оказываемых услуг в данном учреждении. Наиболее частый ответ — «ничего не надо, все хорошо» — выбрали 34,2 мужчин и 48,1% женщин. Остальные ответы распределились следующим образом: повысить квалификацию врачей (9,2 и 2% соответственно), повысить культуру поведения медперсонала (14,5 и 9,9%), сделать ремонт помещения (17 и 19,2%), использовать более современное оборудование (6,6 и 5,8%), снизить цены на услуги (14,5 и 11,5%), проводить профилактическую работу (4 и 3,8%). Полное неудовлетворение выразили 19,7 и 15,4% респондентов, однако ни один из них не дал ответа на вопрос «что Вам не понравилось в обслуживании?».

Преобладание позитивного отношения пациентов к деятельности Центра медицинской профилактики просматривается через ответы респондентов на вопрос планируют ли они в дальнейшем обращаться в Центр. Положительный ответ дали 93,4 мужчин и 98% женщин. Более половины пациентов обеих групп готовы рекомендовать услуги центра своим знакомым.

По возрастному критерию респонденты были разделены на 4 группы: 1-я — до 25 лет, 2-я — 26-40 лет, 3-я — 41-60 лет, 4-я — старше 60 лет.

Обращение в Центр с жалобами отразило закономерное увеличение их количества от возраста респондентов: от 21% в 1-й до 58,1% в 4-й группе. Наибольшее число (57,9%) впервые обратившихся респондентов соответствует 1-й возрастной группе. Наиболее удовлетворёнными полученной медицинской помощью (77,2%) стали пациенты 4-й возрастной группы, хотя этот показатель незначительно опережает таковой по иным группам.

Таким образом, оценка лечебно-профилактической деятельности Центра медицинской профилактики Астраханской области обнаружила разницу в показателях мужчин и женщин по следующим вопросам. Мужчины посещают лечебное учреждение с лечебной целью, женщины — с диагностической. Женщины по

сравнению с мужчинами более внимательны к освещаемым медицинскими работниками вопросам профилактики заболеваний. Они в большей мере удовлетворены квалификацией врачей и культурой поведения медперсонала. Однако данные различия исходят в основном из социально-психологических установок, построенных на гендерных особенностях респондентов. Отношение же пациентов к оказываемым Центром услугам не обнаружило разницы и получило умеренный уровень оценки. Согласно гендерному критерию, отмечены самые незначительные различия в показателях, которые не противостоят общим оценкам деятельности учреждения.

Заключение

Сравнительный анализ показателей, полученных в рамках опроса, проведённого Центром медицинской профилактики Астраханской области, не противоречит результатам исследований федерального уровня, но учитывает локальную специфику учреждения. Так, для большинства граждан, обратившихся в учреждение, важную роль в оказании помощи играют экономический фактор (услуги дешевле, чем в поликлинике по месту жительства) и фактор удобства (меньше очередей). Важным результирующим звеном исследования явилось и выявление значимых недостатков профилактической деятельности, которые требуют пересмотра всей работы учреждения в области профилактической медицины и акцентируют вопрос реализации профилактических задач на обновлении и расширении информационных возможностей общества. Выявлены гендерные и, в меньшей мере, возрастные особенности респондентов в оценке работы учреждения.

Проведённое исследование внесло практическую обоснованность включения социологических исследований в формат оценочных средств деятельности структур здравоохранения, позволило выдвинуть гипотезу о положительной результативности мониторингирования психологических и социокультурных факторов в условиях оказания медицинской помощи населению и раскрыло дополнительные возможности своевременного реагирования на запросы и настроения пациентов. В то же время видится необходимость в реализации не только однократных, точечных исследований различных организационно-управленческих проблем, но и пролонгированных наблюдений с целью подтверждения надёжности получаемых результатов, анализа динамики изучаемых явлений, учёта влияния внешних социально-экономических, политических и иных факторов локального, федерального и международного уровней. Социологические исследования предполагают регулярность, гибкость и динамичность их применения, ориентируют познавательно-организационный интерес на расширение диапазона интересующих вопросов, оценку пациентами инновационных технологий и самых разнообразных сторон лечебно-профилактической работы учреждения практического здравоохранения. Пролонгированный мониторинг социально-психологических показателей раскрывает возможности для своевременной оптимизации условий, участвующих в обеспечении потребностей населения в сфере поддержания физического и социального здоровья.

Исследование не имело спонсорской поддержки

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. *Социология медицины: руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Штайнхемп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 1999; 2 (1): 129-34.
3. Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи. <http://www.maps.spb.ru/ordinator/addelment/>
4. Мир и здоровье. Учимся жить без конфликтов. Медицинская газета. № 10 от 10. 02.12. <http://www.mgzt.ru/article/1682/>
5. Аналитика: удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи. Лига защитников пациентов. <http://www.levada.ru/15-10-2012/otechestvennaya-sistema-zdravookhraneniya-rossiyan-ne-ustraivaet>
6. Обобщённые результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobshchennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravookhraneniya>
7. Кос А.В. Анализ влияния социальных условий жизни на психическое благополучие населения (на примере г. Саратова). *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2009; 2 (1): 18-23.
8. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха. *Медицинские новости*. 2009; (12): 6-12.
9. Володин В.Д. Проблемы здравоохранения в российской федерации и пути их решения. <http://www.sfnprosvet.info/index.php?q=node/5>
10. Добренёв В.И., Кравченко А.И. *Методы социологического исследования*. М.: ИНФРА-М; 2006.

Поступила 30.03.2016

Принята в печать 02.10.2017

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: A Guide. [Sociologija mediciny: rukovodstvo]*. Moscow GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
2. Shtaynkamp G. Death, disease and social inequality. *Zhurnal sociologii i social'noj antropologii*. 1999; 2 (1): 129-34. (in Russian)
3. Boyko A.T. *The quality and standards of care (concept and policy framework). [Kachestvo i standarty medicinskoj pomoshhi (ponjatie i principal'nye osnovy)]*. <http://www.maps.spb.ru/ordinator/addelment> (in Russian)
4. Peace and Health. Learning to live without conflict. *Medicinskaya gazeta*. 10.02.2012; 10 <http://www.mgzt.ru/article/1682/> (in Russian)
5. Analysis: satisfaction with the quality and accessibility of health care. League advocates for patients. [Analitika: udovletvorenost' naselenija kachestvom i dostupnost'ju medicinskoj pomoshhi. Liga zashhitnikov pacientov]. <http://www.levada.ru/15-10-2012/otechestvennaya-sistema-zdravookhraneniya-rossiyan-ne-ustraivaet> (in Russian)
6. Generalized results of sociological studies attitudes towards healthcare system. [Obobshchennye rezul'taty sociologicheskikh issledovaniy otnosheniya naseleniya k sisteme zdravookhraneniya]. <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobshchennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravookhraneniya> (in Russian)
7. Kos A.V. Analysis of the impact of social conditions on the mental well-being of the population (for example, the city of Saratov). *Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo tehničeskogo universiteta*. 2009; 2(1): 18-23. (in Russian)
8. Sharabchiev Yu.T., Dudina T.V. *The availability and quality of care: factors of success. Medical News Publisher*. 2009;(12): 6-12. (in Russian)
9. Volodin V. D. Health problems in the Russian Federation and their solutions. [Problemy zdravookhraneniya v rossijskoj federacii i puti ih reshenija]. <http://www.sfnprosvet.info/index.php?q=node/5> (in Russian)
10. Dobren'kov V.I., Kravchenko A.I. *Methods of sociological research. [Metody sociologicheskogo issledovaniya]*. Moscow: INFRA-M; 2006. (in Russian)