

УДК 316.3/4

М.Л. Брагина

M.L. Bragina

Пермский национальный исследовательский политехнический университет

Perm National Research Polytechnic University

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

SOCIAL ASPECTS OF QUALITY OF MEDICAL SERVICES IN PREGNANCY MANAGEMENT

Рассматривается понятие качества медицинских услуг применительно к ведению беременности. Представлено собственное пилотажное исследование по социальным аспектам качества медицинских услуг по ведению беременности, проведенное в 2018 г. в г. Перми.

Ключевые слова: медицинские услуги, качество медицинских услуг, ведение беременности, медико-социальная помощь, социальные аспекты.

In this article, the concept of the quality of medical services in relation to the management of pregnancy is considered. Presented his own pilot study on the social aspects of the quality of medical services for pregnancy, conducted in 2018 in Perm.

Keywords: medical services, quality of medical services, pregnancy management, medical and social assistance, social aspects.

Оказание медицинской помощи гражданам имеет огромное значение в любой стране. Медицинская услуга – это комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию. Медицинская услуга – это объединенное выражение медицинской помощи [1].

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам [2].

С точки зрения поведенческой модели Рональда М. Андерсена, использование услуг здравоохранения является результатом действия трех основных групп факторов. Первую группу образуют факторы predisposition (социально-демографические, социально-профессиональные, социально-психологические характеристики людей).

Вторая группа факторов объединяет имеющиеся у людей возможности по использованию услуг здравоохранения. Третья группа факторов отражает выраженность потребности в медицинских услугах [4].

Также Пановым А.В. были представлены следующие категории факторов:

1. Влияние пациентов – социально-демографические, сотрудничество, состояние здоровья.

2. Влияние врачей – социально-демографические, компетентность, мотивация и удовлетворенность.

3. Влияние окружающей среды – организация здравоохранения, ресурсы и материальные средства, сотрудничество и партнерство [3].

Медико-социальная помощь беременным предусматривает лечение заболеваний, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, медико-социальную профилактику заболеваний. Включает в себя также социальную защиту в случае болезни, первичную медицинскую помощь, лечение хронических заболеваний. Для женщин организуются следующие медико-социальные мероприятия: оздоровительные, профилактические, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительская работа, медико-социальный патронаж беременных [5].

Для анализа социальных аспектов качества медицинских услуг по ведению беременности в июне 2018 г. было проведено собственное пилотажное исследование, в ходе которого в Перми было опрошено 126 женщин, рожавших в течение последних 12 мес. (объект исследования). Предметом исследования является качество медицинских услуг по ведению беременности.

В возрасте 18–25 лет в выборке было 35 (28 %) женщин, 26–35 лет – 87 (69,6 %), 36–50 лет – 3 (2,4 %). Не замужем – 2 (1,6 %), замужем – 106 (84,8 %), одинокая мать – 3 (2,4 %), разведена – 1 (0,8 %), состоят в незарегистрированном браке – 13 (10,4 %). Живут от зарплаты до зарплаты 7,2 % женщин, хватает на ежедневные расходы 30,4 %, в основном денег хватает 57,6 %, и могут себе ни в чем не отказывать 4,8 %. Один ребенок у 65 (52 %), у 52 (41,2 %) – два, три ребенка – у 7 (5,6 %), и больше трех – у одной женщины (0,8 %).

В ходе анализа была выявлена следующая структура социальных аспектов качества медицинских услуг по ведению беременности. Знали о праве выбора любого врача акушера-гинеколога – 61,6 %, не знали – 38,4 %. Готовы были заплатить за некоторые услуги – 82,4 %, не готовы – 17,6 %. 31,2 % прошли курсы «школы материнства». Готовы были сменить врача в случае неудовлетворенности им 71,2 %, нет – 11,2 %, ответили «не знаю» – 17,6 %. 59,2 % женщин добросовестно выполняли назначения врача, частично – 39,2 %, недобросовестно – 1,6 %.

Сопоставив типологию удовлетворенности качеством медицинских услуг по ведению беременности, мы получили следующие данные (табл. 1).

Таблица 1

Типология удовлетворенности качеством медицинских услуг по ведению беременности (в абсолютных числах и % от числа опрошенных в каждой группе)

№ п/п	Тип удовлетворенности	Ответы	
		Количество респондентов	Проценты
1	«Решительный, принимающий»	86	76,1
2	«Индифферентный»	21	18,6
3	«Неудовлетворенный, нигилистический»	6	5,3
	<i>Всего</i>	113	100
4	Не вошли в тип	12	
	<i>Всего</i>	125	

Итак, по табл. 1 получилось, что среди респондентов преобладает тип «решительный, принимающий» – 76,1 %. Это женщины, которые оценивают качество медицинских услуг скорее как положительное, удовлетворены личными взаимоотношениями со своим врачом и знают о праве выбора любого врача для диспансерного наблюдения. Для них большую роль играет качество оказания медицинских услуг по родовспоможению, информированность в этой области. Эти женщины характеризуются стремлением получить эффективные услуги, способностью принять решение по выбору более качественной услуги.

Среди женщин старше 26 лет, а также среди женщин с неоконченным высшим и высшим образованием встречается тип «неудовлетворенный, нигилистический» (7 и 7,2 % соответственно). При этом женщины, которые живут от зарплаты до зарплаты (62,5 %), реже принадлежат к типу «решительный, принимающий», чем остальные.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что тип «решительный, принимающий» присущ женщинам младше 26 лет, со средним и средним специальным образованием, с высоким материальным положением.

Выделяя положительные стороны в работе женской консультации, женщины в возрасте до 25 лет на первое место ставят бесплатное предоставление медицинской помощи на всех этапах ведения беременности (23,4 %), а женщины постарше – возможность записаться на прием через интернет (19,9 %). Такие результаты можно объяснить тем, что женщины более молодого возраста в большей степени стеснены в средствах и не готовы обращаться к платным специалистам. А женщины постарше, скорее всего, беременны

уже не первым ребенком и предпочитают быстро записаться через интернет, чем дозваниваться до регистратуры.

Женщины в возрасте 18–25 лет (82,9 %) в большей степени информированы о существовании профессии доулы, чем женщины старше 26 лет (57,8 %). Большинство женщин, как в возрасте 18–25 лет (77,1 %), так и старше 26 лет (85,6 %), не собираются прибегать к помощи доулы. Женщины молодого возраста чаще информированы о доулах, возможно, потому, что первый раз готовятся стать мамой и интересуются информацией о парных родах, встречаясь при этом с рекламой услуг доул.

Женщины оценивают качество медицинских услуг в женской консультации скорее как положительное. Женщины в возрасте 18–26 лет (57,1 %) в большей степени удовлетворены взаимоотношениями с врачом, чем женщины в возрасте 26 лет и старше (45,6 %), табл. 2.

Таблица 2

Готовность сменить врача в случае неудовлетворенности им в зависимости от возраста (в абсолютных числах и в процентах от числа опрошенных в каждой группе)

Готовность сменить врача	Возраст женщины		Всего
	18–25 лет	26 и старше	
Да	20 (57,1 %)	69 (76,7 %)	89 (71,2 %)
Нет	4 (11,4 %)	10 (11,1 %)	14 (11,2 %)
Не знаю	11 (31,4 %)	11 (12,2 %)	22 (17,6 %)
<i>Всего</i>	35 (100 %)	90 (100 %)	125 (100 %)

Из табл. 2 видно, что женщины в возрасте 26 лет и старше (76,7 %) в большей степени готовы сменить врача в случае неудовлетворенности им, чем женщины до 25 лет (57,1 %). Также заметно, что женщины до 25 лет (31,4 %) чаще отмечали, что «не знают», как бы поступили, чем женщины старше 26 лет (12,2 %). Женщины более старшего возраста ведут себя активнее.

Женщины старше 26 лет в большей степени испытали счастье и радость при рождении ребенка (94,4 %), в то время как женщины в возрасте 18–25 лет нередко отмечают, что радость была омрачена проблемами с ведением родов (11,4 %). Проблемы, возникающие в процессе родов, у женщин более молодого возраста могут быть связаны с тем, что они рожают первый раз. А, как известно, первородящие рожают дольше и болезненней.

Женщины с неполным средним/средним (85,7 %) в большей степени информированы о праве выбора любого врача для диспансерного наблюдения,

чем женщины со средним специальным образованием (62,5 %) и неоконченным высшим/высшим (59,3 %). В таком случае, возможно, менее образованные женщины чаще встречались с халатным отношением врача и некачественным предоставлением услуг.

Женщины со средним специальным образованием (87,5 %) в большей мере информированы о существовании профессии доулы, чем женщины с неполным средним/средним (42,9 %) и неоконченным высшим/высшим (58,1 %) образованием. Можем предположить, женщины со средним специальным образованием интересовались различными услугами, и в том числе услугами доулы, в связи с тем, что им не хватает поддержки мужа или они на данный момент одиноки.

Женщины с неполным средним/средним образованием (100 %) значительно чаще, чем женщины с неоконченным высшим/высшим (82,6 %) и средним специальным образованием (78,1 %), были готовы заплатить за некоторые услуги.

Также женщины с неполным средним/средним образованием (85,7 %) чаще готовы сменить врача, чем с неоконченным высшим/высшим (72,1 %) и средним специальным (65,6 %). Возможно, женщины с неполным средним/средним образованием имеют более высокое материальное положение, чем остальные.

Женщины с неполным средним/средним образованием (57,1 %) чаще оценивают качество медицинских услуг по ведению беременности скорее как положительное, чем женщины с неоконченным высшим/высшим (45,3 %) и со средним специальным образованием (34,4 %).

Состоящие в незарегистрированном браке/проживающие одни (73,7 %) в большей степени информированы о существовании профессии доулы, чем замужние (63,2 %). Это может быть связано с тем, что у женщин, состоящих в незарегистрированном браке/одиноких, нет возможности получить поддержку мужа в процессе родов.

Женщины, состоящие в незарегистрированном браке/проживающие одни (100 %), испытали радость и счастье, родив ребенка. У замужних радость была омрачена проблемами с ведением родов в 8,5 % случаев. В таком случае, возможно, женщины, состоящие в незарегистрированном браке/проживающие одни, все-таки воспользовались услугами доулы или рожали не первый раз.

Женщины, которые могут ни в чем себе не отказывать (16,7 %), реже проходили курсы «школы материнства», чем остальные: 36,8 % – тех, кому хватает денег на ежедневные расходы, 29,2 % – тех, кому в основном хватает, 33,3 % – тех, кто живет от зарплаты до зарплаты.

Женщины, которые живут от зарплаты до зарплаты, в меньшей степени информированы о праве выбора врача (33,3 %), чем остальные: 68,4 % тех,

кому приходится специально откладывать деньги; 66,7 % тех, кто ни в чем себе не отказывает; 61,1 % тех, кому денег в основном хватает. Женщины с низкими доходами в меньшей степени информированы о праве выбора врача, возможно, потому что они озабочены своими низкими доходами или врач не давал им повода задуматься о том, что есть возможность выбрать другого.

Рассмотрим уровень соблюдения дисциплины беременными женщинами (табл. 3).

Таблица 3

Частота посещений врача в зависимости от материального положения (в абсолютных числах и в процентах от числа опрошенных в каждой группе)

Частота посещений женской консультации	Материальное положение				Всего
	Живем от зарплаты до зарплаты, часто	На ежедневные расходы денег хватает	В основном денег хватает	Можем практически ни в чем себе не отказывать	
Регулярно	7 (77,8 %)	38 (100 %)	65 (90,3 %)	6 (100 %)	116 (92,8 %)
Пропустила 1–2 приема	1 (11,1 %)	0 (0 %)	5 (6,9 %)	0 (0 %)	6 (4,8 %)
Пропустила 3 и более приемов	1 (11,1 %)	0 (0 %)	2 (2,8 %)	0 (0 %)	3 (2,4 %)
<i>Всего</i>	9 (100 %)	38 (100 %)	72 (100 %)	6 (100 %)	125 (100 %)

Из табл. 3 видно, что женщины, которым приходится жить от зарплаты до зарплаты (77,8 %), реже, чем остальные, посещали женскую консультацию: 90,3 % тех, кому в основном хватает; 100 % тех, кому на ежедневные расходы хватает; 100 % тех, кто может себе ни в чем не отказывать.

Можно выделить следующие недостатки в работе женской консультации: женщины, которым приходится жить от зарплаты до зарплаты, чаще отмечали необходимость заплатить за некоторые обследования (25 %), остальные отметили долгое ожидание в очереди.

Выделяя положительные стороны в работе женской консультации, женщины, которым приходится жить от зарплаты до зарплаты, отметили доброжелательность со стороны врачей и другого персонала (29,4 %). Женщины, которым денег в основном хватает, отметили возможность записаться на прием через интернет (20,8 %). Остальные – женщины, которым приходится откладывать деньги для покупки чего-либо (19,3 %), так же, как и те, кто может ни в чем себе не отказывать (26,7 %), выделили бесплатное предоставление медицинской помощи на всех этапах ведения беременности.

Для тех, кому важна самореализация (48,7 %), в большей степени, чем остальные, дают оценку качества услуг «скорее положительное».

Также женщины, для которых на первом месте стоят ценности семьи и здоровья (30–31 %), чаще посещали «школу материнства», чем остальные: женщины, для которых важны дети (26,2 %), самореализация (20,5 %).

Итак, можно сделать вывод, что большинство женщин все-таки положительно оценивают качество предоставленных им услуг по ведению беременности, они также удовлетворены взаимоотношениями с врачом. Это совпадает с полученными данными исследований за прошлые годы.

Женщины в целом информированы о своих правах и готовы к различным формальным изменениям в рамках ведения беременности. Наиболее распространенный тип респондента – «решительный, принимающий».

На социальные аспекты качества медицинских услуг по ведению беременности влияет в большей степени материальное положение, образование, затем семейное положение, возраст и общие жизненные ценности.

При рассмотрении качества медицинской помощи по ведению беременности важно учитывать потребности женщин, их удовлетворенность оказанными услугами. Важно принимать правильное решение на всех этапах обследования беременных женщин, от этого во многом зависит благоприятное течение беременности и родов.

Список литературы

1. Вялых Н.А. Социология потребления медицинской помощи: проект новой теории среднего уровня // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – Тамбов: Грамота, 2015. – № 2, ч. 1. – С. 53–65.

2. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2011. – 592 с.

3. Панов А.В. Факторы, влияющие на качество медицинского обслуживания: пер. с англ. // Главный врач: хозяйство и право. – 2015. – № 6. – С. 27–38.

3. Светличная С.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ: монография. – Архангельск: Изд-во Северн. гос. мед. ун-та, 2011. – 185 с.

4. Эффективность акушерско-гинекологической помощи в России как междисциплинарная проблема / А.В. Щибря, О.В. Акимова, Е.А. Андриянова, И.Ю. Аранович // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 12–14.

Получено 12.11.2018

Брагина Мария Леонидовна – магистрант, гр. С-18-1м, гуманитарный факультет, Пермский национальный исследовательский политехнический университет, e-mail: mashutka1996@mail.ru.

Научный руководитель – **Колесниченко Милана Борисовна** – кандидат социологических наук, доцент кафедры «Социология и политология», гуманитарный факультет, Пермский национальный исследовательский политехнический университет, e-mail: milana72000@mail.ru.