

were feeling and provoking, according to 52 (81.2%) interviewed. For men were idealistic and sensitive type, there were 41 (77.4%) answers.

Experience has had some influence on the choice of «heavy» and «light» patients. For 12 (10.2%) doctors with experience up to 5 years, the provocative patients were as «severe», and for 34 (29.1%) doctors with experience of work 21 years and more were the patients of willed type. The most «light» patients, both in young and in experienced specialists, were the patients of sensitive type.

We are very pleased, that 102 (87.2%) of the interviewed respondents consider given method of psychological training as an important and necessary in mastering communication skills with different groups of the patients. We were saddened by the fact that, in 12.8% of colleagues, this technique did not improve communication with the patients. These were men with work experience up to 5 years, specializing as orthopedic dentists and dental surgeons.

*Conclusions.* Thus, professionals providing dental care to workers with adverse conditions of manufacturing, positively assessed the possibilities of psychological training on the success of interactions with different groups of the patients.

The use of the patients' psychological preparation by dentists of different specialties in their practice eliminates the problems of interaction between the doctor and the patient, which will facilitate an effective treatment process.

**Key words:** psychological preparation, interaction, dental care.

*Рецензент – проф. Голованова І. А.  
Стаття надійшла 23.08.2019 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2019-3-152-335-343

УДК 614.253.1/.6:616-089:615.851/.853:616-066.6-082

<sup>1,2</sup>Ошивалова О. О., <sup>1</sup>Зюков О. Л.

### АНАЛІЗ ДУМКИ ПРАКТИКУЮЧИХ ЛІКАРІВ ТА ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДЕРМАЛЬНИХ ДИСПЛАЗІЙ ШКІРИ

<sup>1</sup>Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної  
та клінічної медицини» Державного управління справами (м. Київ)

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

oshivalovaea@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота є фрагментом наукової теми «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних інфекційних захворюваннях прикріпленого населення», № державної реєстрації 0114U002118.

**Вступ.** Систематизація даних наукової літератури, аналіз та узагальнення отриманих власних результатів дослідження із застосуванням принципів процесного підходу до удосконалення профілактики епідермальних дисплазій шкіри дозволили нам обґрунтувати і структурувати клінічний алгоритм медичної допомоги (КАМД) пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри (ЕДШ), як базовий елемент локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ, в тому числі і з актинічним кератозом (АК) [1].

Кожний етап клінічного алгоритму включає стандартизований набір операційних процедур (завдань), які синхронізовані з переліком медичних послуг в рамках посадових функцій лікарів відповідних спеціальностей, що також є новим компонентом локального протоколу. Критерії переходу між етапами клінічного алгоритму чітко регламентовані і обумовлені клінічною доцільністю. Основним фахівцем, який залучений до виконання всіх етапів алгоритму, є лікар-дерматовенеролог (93,5% випадків) [1].

В останні кілька років спостерігається сплеск вимірювань та звітування про ефективність систем та процесів охорони здоров'я [2,3,4].

Вимірювання якості медичної допомоги (ЯМД) це визначення впливу медичної допомоги на бажані

результати та оцінювання ступеню дотримання процесів, заснованих на наукових доказах або погоджених професійним консенсусом, та відповідність уподобанням пацієнтів [5,6].

Поліпшення якості медичного обслуговування вимагає п'яти важливих елементів успіху: виховування та підтримка культури змін та безпеки, розробка та уточнення розуміння проблеми, залучення ключових зацікавлених сторін, тестування стратегій змін та постійний моніторинг ефективності та звітування про результати, щоб підтримати зміни [7,8].

У галузі охорони здоров'я постійне поліпшення якості використовується як засіб для розвитку клінічної практики [9] і ґрунтується на принципі, що завжди існує можливість для вдосконалення в кожному процесі [10]. Багато програм щодо забезпечення ЯМД, як правило, зосереджуються на проблемах, визначених регуляторною чи акредитаційною перевіркою організації – перевірка документації, перегляд роботи наглядових комітетів та вивчення процесів обліку даних [11].

Окрім цього, існує кілька інших стратегій, запропонованих для вдосконалення організації медичного обслуговування. Наприклад, Horn S. D. та його колеги обговорювали поліпшення клінічної практики (clinical practice improvement – CPI) як «багатовимірну методологію результатів, яка має безпосереднє застосування у клінічному лікуванні окремих пацієнтів» [12]. CPI це підхід, який застосовують клініцисти з метою всебічного вивчення особливостей і складностей надання медичної допомоги. Метод CPI використовує команду, визначає мету, збирає дані,

оцінює отримані результати, а потім на підставі отриманих результатів трансформує їх в практичні зміни. Завдяки цьому підходу було виявлено, що залучення керівників та лікарів є важливим аспектом для успішного впровадження корегувальних змін в процес медичного обслуговування [13,14,15].

Вивчення думки всіх учасників лікувально-діагностичного процесу про різні аспекти медичного обслуговування є механізмом зворотного зв'язку, що дозволяє оцінити як рівень загальної задоволеності ЯМД, так й ступінь готовності медичного персоналу надавати якісні медичні послуги і розуміння необхідних змін [16].

**Метою** даного дослідження було вивчення думки організаторів охорони здоров'я та практикуючих лікарів щодо клініко-організаційних підходів профілактики ЕДШ у багатопрофільному медичному закладі.

**Об'єкт і методи дослідження.** За спеціально розробленими анонімними анкетами проведено соціологічне опитування 48 лікарів різних спеціальностей, які надають медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ у Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами відповідно до затверджених Локальних протоколів медичної допомоги [17] і КАМД пацієнтам з ЕДШ [1], і 19 керівників клінічних підрозділів цього закладу, наукових співробітників та організаторів охорони здоров'я (ОЗ).

Анкети включали блоки питань, що стосуються якості медичного обслуговування пацієнтів з ЕДШ на етапах КАМД, зокрема:

- оцінку існуючих складових (компонентів) медичної допомоги, які є важливими для забезпечення ЯМД і впливають на задоволеність нею;

- оцінку важливості професійної компетенції медичного персоналу та задоволеність нею, оцінку різних форм навчання;

- оцінку організаційних процесів медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

Збір даних та оцінка результатів проводились за методикою двохмірного аналізу «важливість-виконання» [18,19], яка дозволяє виміряти не тільки ступінь задоволеності респондентів ЯМД, але й важливість кожної компоненти для її забезпечення. Результати внесені до спеціальної двохмірної карти, яка складається з 4-ох квадрантів: “успішні результати”, “зосередитися на цьому”, “можлива переоцінка”, “низький пріоритет”. Назви квадрантів показують значимість результатів дослідження:

- “Успішні результати” відповідають високій оцінці важливості критерію та досягнутому високому рівню задоволеності показником;

- “Зосередитися на цьому” відповідає результату високих очікувань і низького рівня задоволеності;

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

- “Низький пріоритет” – рівень задоволеності пацієнтів не досягнутий навіть при низькому рівні очікувань [18,19].

Ступінь важливості компонента оцінювався по 5 бальній шкалі: 5 балів – “дуже важливо”; 4 бали – “важливо”; 3 бали – “байдуже”; 2 бали – “маловаж-

ливо”; 1 бал – “не важливо”; ступінь задоволеності вимірювався також за 5-ти бальною шкалою: 5 балів – “повністю задоволений”; 4 бали – “скоріше задоволений, ніж не задоволений”; 3 бали – “важко відповісти”; 2 бали – “скоріше не задоволений, ніж задоволений”; 1 бал – “повністю незадоволений”.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих в пакетах програм SPSS 10.0, EXCEL-2000 [8]. Вірогідність відмінностей оцінювалася за допомогою критеріїв відповідності  $\chi^2$ , Стьюдента (р).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед опитаних: 2 (3%) осіб у віці від 25 до 29 років, 2 (3%) осіб у віці від 30 до 34 років, 7 (10,4%) осіб у віці від 35 до 39 років, 16 (23,9%) осіб у віці від 40 до 44 років, 15 (22,4%) осіб віком від 45 до 49 років, 11 (16,4%) осіб віком від 50 до 54 років, 5 (7,5%) осіб віком від 55 до 59 років, 4 (5,9%) осіб віком від 60 до 64 років, 2 (3%) осіб віком від 65 до 69 років, 2 (3%) осіб віком від 70 до 74 років, 1 (1,5%) осіб віком 75 років і старші.

Переважає більшість опитаних мали стаж роботи більше 20 років (30 осіб – 44,8%). Представники первинної медичної ланки склали 41,7% (28 осіб) і були представлені лікарями-терапевтами і лікарями-терапевтами дільничними (рис. 1). Серед респондентів, які представляли вторинний рівень медичної допомоги були лікарі-хірурги (11,9% – 8 осіб), лікарі-дерматовенерологи (10,4% – 7 осіб), лікарі-патологоанатоми (4,5% – 3 осіб) та лікарі-онкологи (3% – 2 осіб) (рис. 1). Таким чином, представники спеціалізованої медичної допомоги склали 29,9% (20 осіб).

До складу організаторів ОЗ (19 осіб – 28,4%) входили 11 (16,5%) керівників клінічних підрозділів, які задіяні в медичному обслуговуванні пацієнтів з ЕДШ, і 8 (11,9%) наукових співробітників, які поінформовані щодо організації медичної допомоги вказаній категорії хворих.

Переважає більшість респондентів мала першу (22,4% – 15 осіб) і вищу лікарську кваліфікаційну категорію (62,7% – 42 осіб) (рис. 2). Кандидатський науковий ступінь мали 11,9% (8 осіб) опитаних, а докторський науковий ступінь – 4,5% (3 осіб) (рис. 1).

Таким чином, переважна більшість респондентів була у віці до 60 років (58 осіб – 86,6%) зі стажем роботи 16 років і більше (42 осіб – 62,7%) та першою або вищою лікарською кваліфікаційною категорією (57 осіб – 85,1%) без наукового ступеня (56 осіб – 83,6%).

Детальний аналіз оцінки складових медичної допомоги на етапах КАМД пацієнтам з ЕДШ показав, що абсолютна більшість опитаних практикуючих лікарів та організаторів ОЗ (73,7-75%) вважають всі компоненти важливими для забезпечення якості медичної допомоги (табл. 1). Найважливішими компонентами медичної допомоги лікарі первинної та вторинної ланки назвали: рівень професійної компетенції медичного персоналу (78,6% і 80% відповідно,  $\chi^2=3,9$ ,  $p=0,049$ ), дотримання пацієнтами вимог до лікування та термінів динамічного спостереження (етап диспансерного нагляду КАМД) (75% і 89,5%,  $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,039$ ), організація процесу діагностики у закладі (діагностичний етап КАМД) (82,1% і 80%,  $\chi^2=4,14$ ,  $p=0,042$ ) і організація процесу лікування у закладі (лі-

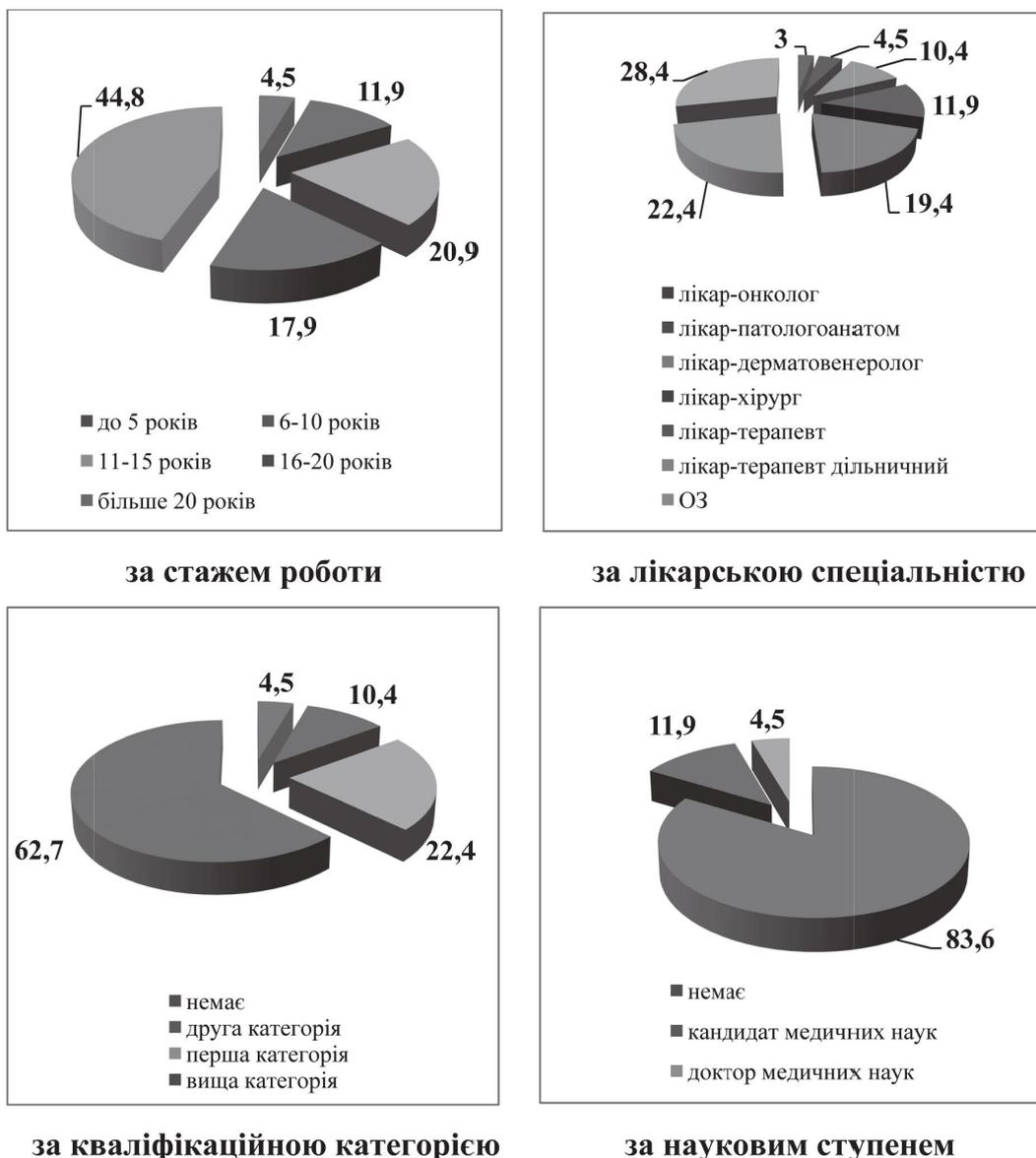


Рисунок 1 – Розподіл респондентів: за стажем роботи, лікарською спеціальністю, кваліфікаційною категорією і науковим ступенем.

кувальний етап КАМД) (78,6% і 80%,  $\chi^2=3,9$ ,  $p=0,049$ ). Середній бал важливості по вище вказаним компонентам медичної допомоги склав від  $4,79 \pm 0,04$  до  $4,85 \pm 0,06$  для лікарів I рівня і від  $4,8 \pm 0,03$  до  $4,85 \pm 0,02$  для лікарів II рівня.

Додатково для лікарів II рівня достовірно важливими були компоненти, які підвищували компетентність пацієнта: інформування медичним персоналом пацієнта про стан його здоров'я (85%,  $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,039$ ), інформування медичним персоналом пацієнта про ефективність, можливі ускладнення обстеження та лікування (80%,  $\chi^2=3,9$ ,  $p=0,049$ ) та інформування медичним персоналом пацієнта про заходи індивідуальної профілактики (85%,  $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,039$ ).

Окрім цього, організатори ОЗ відмітили важливість рівня професійної компетенції медичного персоналу (78,9%,  $\chi^2=3,9$ ,  $p=0,049$ ) і організації процесу лікування у закладі (78,9%,  $\chi^2=3,9$ ,  $p=0,049$ ).

Загальна оцінка практикуючими лікарями та ОЗ задоволеності наданою медичною допомогою пацієнтам з ЕДШ була одноставною (78,6%, 75% і 73,6% відповідно; середній бал склав  $4,79 \pm 0,08$ ,  $4,75 \pm 0,09$

і  $4,74 \pm 0,11$  відповідно), і не мала достовірної різниці по відношенню до загальної оцінки важливості складових КАМД ( $\chi^2=0,1$ ,  $p=0,752$ ;  $\chi^2=0$ ,  $p=1$  і  $\chi^2=0$ ,  $p=1$  відповідно) (табл. 1).

Аналіз задоволеності медичною допомогою на етапах виконання запропонованого КАМД свідчить про високий рівень оцінки дотримання персоналом стандартів медичної допомоги, а саме лікарями I рівня – 67,9%, лікарями II рівня – 75%, ОЗ – 73,8% (середній бал склав  $4,68 \pm 0,04$ ,  $4,75 \pm 0,06$  і  $4,18 \pm 0,08$  відповідно). Практикуючі лікарі і організатори ОЗ виразили одноставну задоволеність забезпеченням процесу діагностики (67,9%, 65% і 63,2% відповідно; середній бал склав  $4,54 \pm 0,07$ ,  $4,55 \pm 0,03$  і  $4,53 \pm 0,04$  відповідно) і лікування ЕДШ (67,9%, 65% і 63,2% відповідно; середній бал склав  $4,61 \pm 0,06$ ,  $4,65 \pm 0,05$  і  $4,63 \pm 0,07$  відповідно) (табл. 1).

Задоволеність інформуванням пацієнта про стан його здоров'я на етапі скринінгу та діагностики відмітили 75% лікарів I рівня ( $4,75 \pm 0,03$ ), 75% лікарів II рівня ( $4,58 \pm 0,04$ ) і 57,9% ОЗ ( $4,75 \pm 0,06$ ). Задоволеність інформуванням пацієнтів на етапах діагностики

Таблиця 1 – Результати опитування лікарів щодо важливості і задоволеності складовими якість медичної допомоги на етапах клінічного алгоритму медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри

№ п/п	Складові (компоненти)	група	важливість				задоволеність				порівняльна оцінка важливості та задоволеності	
			варіанти відповідей (%)		Середній бал (M±m)	Повністю задоволені	варіанти відповідей (%)		Середній бал (M±m)	χ2	р	
			Дуже важливо	Важливо			Скоріше задоволені	Важко відповісти				Скоріше незадоволені
1	Оцінка важливості для пацієнтів складових якості спеціалізованої медичної допомоги і задоволеність нею	I рівень	75	25	4,75±0,04	78,6	21,4	0	0	4,79±0,08	0,1	0,752
		II рівень	75	25	4,75±0,09	75	25	0	0	4,75±0,09	0	1
1.1.	Рівень професійної компетенції медичного персоналу	I рівень	73,7	26,3	4,74±0,11	73,7	26,3	0	0	4,74±0,11	0	1
		II рівень	78,6*	21,4	4,79±0,04	64,3	35,7	0	0	4,64±0,05	1,98	0,26
1.2.	Дотримання медичним персоналом стандартів клінічного протоколу медичної допомоги	I рівень	80*	20	4,8±0,03	65	35	0	0	4,65±0,04	1,91	0,168
		II рівень	78,9*	21,1	4,79±0,03	68,4	31,6	0	0	4,66±0,02	0,543	0,462
1.3.	Дотримання медичним персоналом стандартів клінічного протоколу медичної допомоги	I рівень	67,9	32,1	4,68±0,04	67,9	32,1	0	0	4,68±0,04	0	1
		II рівень	65	35	4,45±0,07	75	25	0	0	4,75±0,06	0,476	0,491
1.4.	Дотримання пацієнтами вимог до лікування та термінів динамічного спостереження	I рівень	68,4	31,6	4,61±0,06	73,8	26,3	0	0	4,18±0,08	0,128	0,721
		II рівень	75*	25	4,85±0,06	46,4	28,6	21,4	3,6	4,3±0,05	4,79	0,029
1.5.	Комплекс (довірчі відносини, взаєморозуміння) у відношеннях між пацієнтами та медичним персоналом	I рівень	89,5*	10,5	4,74±0,08	55	25	15	5	3,79±0,08	4,29	0,039
		II рівень	73,7	26,3	4,54±0,05	36,8	36,8	15,8	10,6	4,43±0,06	5,22	0,023
1.6.	Інформація медичним персоналом пацієнта про стан його здоров'я	I рівень	53,6	46,4	4,55±0,06	53,6	35,7	10,7	0	4,55±0,06	0	1
		II рівень	55	45	4,74±0,02	55	45	0	0	4,58±0,04	0	1
1.7.	Інформованість медичним персоналом пацієнта про заходи індивідуальної профілактики	I рівень	73,7	26,3	4,68±0,04	57,9	42,1	0	0	4,71±0,07	1,05	0,305
		II рівень	67,9	32,1	4,85±0,06	75	25	3,2	0	4,75±0,03	0,35	0,555
1.8.	Інформованість медичним персоналом пацієнта про ефективність, можливі ускладнення обстеження та лікування	I рівень	85*	15	4,53±0,05	75	25	0	0	4,58±0,04	0,13	0,724
		II рівень	52,6	47,4	4,71±0,05	57,9	42,1	0	0	4,75±0,06	0,106	0,745
1.9.	Інформованість медичним персоналом пацієнта про заходи індивідуальної профілактики	I рівень	71,4	28,6	4,71±0,05	78,6	18,2	3,2	0	4,75±0,04	0,381	0,538
		II рівень	80*	20	4,8±0,03	80	20	0	0	4,8±0,03	0	1
1.10.	Санітарно-гігієнічні умови перебування пацієнтів у закладі	I рівень	63,2	36,8	4,63±0,04	63,2	36,8	0	0	4,63±0,04	0	1
		II рівень	64,3	35,7	4,64±0,06	71,4	21,4	7,2	0	4,64±0,06	0,327	0,568
1.11.	Організація процесу лікування у закладі	I рівень	85*	15	4,85±0,02	70	30	0	0	4,7±0,05	0,14	0,728
		II рівень	55	45	4,79±0,02	57,9	42,1	0	0	4,58±0,05	0	1
1.12.	Організація процесу діагностики у закладі	I рівень	82,1*	17,9	4,82±0,07	67,9	28,5	3,6	0	4,54±0,07	1,52	0,218
		II рівень	80*	20	4,8±0,03	55	45	0	0	4,55±0,03	2,85	0,092
1.13.	Організація процесу лікування у закладі	I рівень	68,4	31,6	4,68±0,03	52,6	47,4	0	0	4,53±0,04	0,991	0,32
		II рівень	78,6*	21,4	4,79±0,04	67,9	25	7,1	0	4,61±0,06	0,82	0,366
1.14.	Організація процесу лікування у закладі	I рівень	80*	20	4,8±0,03	65	35	0	0	4,65±0,05	1,129	0,289
		II рівень	78,9*	21,1	4,79±0,04	63,2	36,8	0	0	4,63±0,07	1,152	0,284
1.15.	Санітарно-гігієнічні умови перебування пацієнтів у закладі	I рівень	57,1	42,9	4,57±0,03	67,9	32,1	0	0	4,68±0,04	0,686	0,408
		II рівень	65	35	4,65±0,05	70	30	0	0	4,7±0,03	0,114	0,736
1.16.	Санітарно-гігієнічні умови перебування пацієнтів у закладі	I рівень	63,2	36,8	4,63±0,06	57,9	42,1	0	0	4,58±0,06	0,11	0,74
		II рівень	63,2	36,8	4,63±0,06	57,9	42,1	0	0	4,58±0,06	0,11	0,74

Примітки: I рівень – лікарі-терапевти, лікарі-терапевти дільничні; II рівень – лікарі-дерматовенерологи, лікарі-хірурги, лікарі-онкологи, лікарі-патологоанатоми; O3 – керівники клінічних підрозділів та наукові співробітники.

Таблиця 2 – Результати опитування лікарів щодо важливості і задоволеності організаційними складовими медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри

№ п/п	Складові (компоненти)	група	важливість			задоволеність			порівняльна оцінка важливості та задоволеності		
			варіанти відповідей (%)			варіанти відповідей (%)			Середній бал (M±m)	χ2	p
			Дуже важливо	Важливо	Середній бал (M±m)	Повністю задоволені	Скоріше задоволені	Важко відповісти			
2	Оцінка важливості організаційних складових медичної допомоги і задоволеність ними	I рівень	60,7	39,3	4,61±0,06	75	25	0	4,75±0,04	1,31	0,253
		II рівень	65	35	4,65±0,04	75	25	0	4,75±0,09	0,476	0,491
		O3	84,2	15,8	4,82±0,03	78,9	21,1	0	4,79±0,03	<b>0,175</b>	<b>0,676</b>
2.1.	Можливість виконання більшості діагностичних обстежень	I рівень	60,7	39,3	4,61±0,06	64,3	35,7	0	4,64±0,03	3,5	0,062
		II рівень	80	20	4,8±0,03	70	30	0	4,7±0,05	0,533	0,466
		O3	57,9	42,1	4,58±0,05	57,9	42,1	0	4,58±0,06	0,95	0,331
2.2.	Можливість виконання більшості лікувальних маніпуляцій і процедур	I рівень	75	25	4,75±0,04	75	25	0	4,75±0,04	0	1
		II рівень	89,5*	10,5	4,85±0,06	75	25	0	4,75±0,09	0,63	0,43
		O3	52,6	47,4	4,53±0,04	52,6	47,4	0	4,53±0,04	0	1
2.3.	Достатня потужність консультативних/ маніпуляційних/ процедурних кабінетів	I рівень	53,6	46,4	4,54±0,06	60,7	39,3	0	4,61±0,06	0,148	0,701
		II рівень	80	20	4,8±0,03	60	40	0	4,6±0,05	1,91	0,168
		O3	57,9	42,1	4,42±0,06	68,4	31,6	0	4,68±0,03	2,66	0,103
2.4.	Достатня потужність операційних/ малих операційних	I рівень	50	50	4,5±0,07	53,6	46,4	0	4,54±0,08	0,072	0,79
		II рівень	65	35	4,65±0,04	50	50	0	4,5±0,07	0,921	0,338
		O3	63,2	36,8	4,63±0,07	57,9	42,1	0	4,58±0,05	1,69	0,194
2.5.	Можливість проведення гістологічного дослідження	I рівень	89,3*	10,7	4,89±0,02	71,4	25	3,6	4,68±0,04	2,83	0,093
		II рівень	89,5*	10,5	4,85±0,03	75	25	0	4,75±0,09	0,63	0,43
		O3	78,9	21,1	4,79±0,03	63,2	26,3	10,5	4,53±0,04	1,52	0,284
2.6.	Необхідний рівень професійної компетенції фахівців	I рівень	92,9*	7,1	4,93±0,02	78,6	21,4	0	4,79±0,04	6,79	0,01
		II рівень	90*	10	4,9±0,02	70	30	0	4,7±0,05	2,5	0,114
		O3	79	21	4,79±0,03	63,2	36,8	0	4,63±0,07	1,15	0,284
2.7.	Наявність необхідних умов у закладі під час лікування	I рівень	75	25	4,75±0,04	53,6	46,4	0	4,54±0,06	2,8	0,095
		II рівень	85	15	4,85±0,03	65	25	10	4,55±0,06	2,13	0,145
		O3	63,2	36,8	4,63±0,07	57,8	36,9	5,3	4,58±0,09	0,117	0,733
2.8.	Наявність необхідних умов у закладі в разі виникнення ускладнень під час лікування	I рівень	78,6	24,1	4,79±0,04	64,3	35,7	0	4,64±0,05	1,4	0,237
		II рівень	85	15	4,85±0,03	70	20	10	4,6±0,05	1,29	0,256
		O3	57,9	42,1	4,42±0,06	57,8	36,9	5,3	4,58±0,09	0	1
2.9.	Наявність можливості у пацієнта вибрати фахівця для проведення лікування	I рівень	60,7	39,3	4,61±0,06	53,9	42,9	3,2	4,64±0,05	0,29	0,59
		II рівень	65	35	4,65±0,04	65	35	0	4,65±0,04	0	1
		O3	57,9	42,1	4,58±0,05	52,6	47,4	0	4,58±0,09	0,95	0,331
2.10.	Наявність можливості у пацієнта вибрати фахівця для динамічного спостереження після лікування	I рівень	50	50	4,5±0,07	57,1	42,9	0	4,71±0,05	0,29	0,593
		II рівень	65	35	4,65±0,04	70	20	10	4,6±0,05	0,114	0,736
		O3	57,9	42,1	4,42±0,06	63,2	26,3	10,5	4,53±0,12	1,05	0,305
2.11.	Наявність можливості у пацієнта отримати консультацію фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги	I рівень	60,7	39,3	4,61±0,06	50	50	0	4,5±0,07	0,65	0,42
		II рівень	75	25	4,75±0,09	65	25	10	4,55±0,06	0,48	0,491
		O3	63,2	36,8	4,63±0,07	63,2	26,3	10,5	4,53±0,12	0,96	0,328

Примітки: I рівень – лікарі-терапевти, лікарі-дерматовенерологи, лікарі-хірурги, лікарі-онкологи, лікарі-патологоанатоми; O3 – керівники клінічних підрозділів та наукові співробітники.

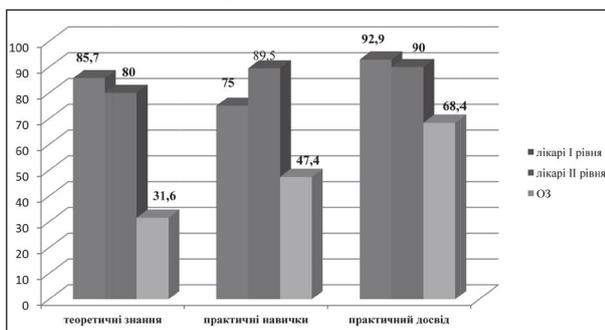
та лікування КАМД про ефективність, можливі ускладнення обстеження та лікування відзначили 78,6% лікарів I рівня (4,75±0,04), 80% лікарів II рівня (4,8±0,03) і 63,2% ОЗ (4,63±0,04). Були «повністю задоволені» інформуванням пацієнта про заходи індивідуальної профілактики на етапі динамічного спостереження 71,4% лікарів I рівня (4,64±0,06), 70% лікарів II рівня (4,7±0,05) і 57,9% ОЗ (4,58±0,05) (табл. 1).

Задоволеність довірчими відносинами, взаєморозумінням у відношеннях між пацієнтами та медичним персоналом відзначили всі групи анкетованих лікарів: 53,6% (4,55±0,06) – I рівня, 55% (4,58±0,04) – II рівня і 57,9% (4,71±0,07) ОЗ. Але дотримання пацієнтами вимог до лікування та термінів динамічного спостереження не викликала такої задоволеності у анкетованих спеціалістів. Так, серед опитуваних тільки 46,4% (4,3±0,05) лікарів I рівня, 55% (3,79±0,08) лікарів II рівня і 36,8% (4,43±0,06) були задоволені дотриманням пацієнтами вимог. Серед опитаних 3,6%, 5% і 10,6% відмітили, що «скоріше незадоволені» дотриманням пацієнтами вимог до лікування і термінів динамічного спостереження. Тому, між ступенем важливості і рівнем задоволеності за цим показником ми отримали достовірну відмінність ( $\chi^2=4,79$ ,  $p=0,029$ ;  $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,039$ ;  $\chi^2=5,22$ ,  $p=0,023$  відповідно) (табл. 1).

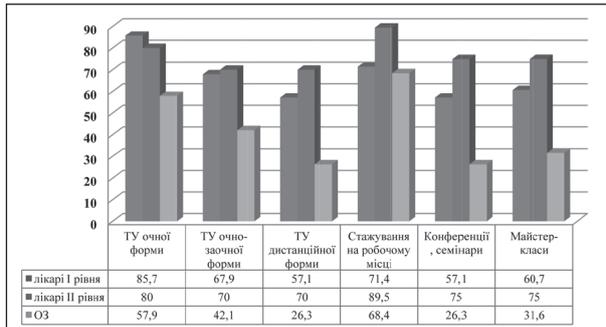
Окремої уваги заслуговує аналіз задоволеності рівнем професійної компетенції медичного персоналу. Так «повністю задоволеними» знаннями медичного персоналу, який надає медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ, з актуальних питань передраку і раку шкіри були 64,3% (4,64±0,05) лікарів первинного рівня, 65% (4,65±0,04) лікарів вторинного рівня і 68,4% (4,6±0,02) ОЗ. Рівень оцінки задоволеності не мав достовірної різниці із ступенем важливості даного компонента (табл. 1).

Серед складових професійної компетенції медичних працівників, які надають медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ, найбільш важливими практикуючі лікарі відзначили: теоретичні знання (85,7% і 80%), практичні навички (75% і 89,5%) та практичний досвід (92,9% і 90%). Організатори ОЗ найвищу важливість віддали практичному досвіду (68,4%) (рис. 2).

Серед шляхів підвищення рівня професійної компетенції практикуючі лікарі і організатори ОЗ відзначили як «дуже важливо»: «тематичне удосконалення очної форми навчання» (85,7%, 80% і 57,9% відповідно), «стажування на робочому місці» (71,4%, 89,5% і 68,4% відповідно) (рис. 3).



**Рисунок 2 – Оцінка важливості складових професійної компетенції медичних працівників, які надають медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ, як «дуже важливо».**



**Рисунок 3 – Оцінка важливості шляхів підвищення професійної компетенції медичних працівників, які надають медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ, як «дуже важливо».**

При аналізі оцінки важливості складових організації медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ достовірно вищий рівень важливості для лікарів II рівня мали компоненти «Можливість виконання більшості лікувальних маніпуляцій і процедур» (89,5%,  $\chi^2=4,79$ ,  $p=0,029$ ), «Можливість проведення гістологічного дослідження» (89,5%,  $\chi^2=4,79$ ,  $p=0,029$ ) і «Необхідний рівень професійної компетенції фахівців» (90%,  $\chi^2=6,72$ ,  $p=0,01$ ). Для лікарів I рівня надання медичної допомоги найважливішими організаційними складовими були «Можливість проведення гістологічного дослідження» (89,3%,  $\chi^2=10,22$ ,  $p=0,002$ ) і «Необхідний рівень професійної компетенції фахівців» (92,9%,  $\chi^2=12,6$ ,  $p=0,001$ ) (табл. 2). Для ОЗ ступінь важливості організаційних складових медичної допомоги достовірно не відрізнявся ( $p>0,05$ ).

Ми не отримали достовірних відмінностей між ступенем важливості організаційних компонентів КАМД і рівнем задоволеності від його реалізації у багатопрофільному закладі по всім групам опитуваних ( $p>0,05$ ) (табл. 2).

Отримані результати оцінки по критеріях задоволеності окремими компонентами спеціалізованої медичної допомоги були нанесені на двовірну карту в залежності від групи опитуваних фахівців (рис. 4).

Як видно з рис. 4, практикуючі лікарі і організатори ОЗ оцінили всі 11 організаційних компоненти медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ як «Успішні результати».

Найвищу оцінку задоволеності практикуючі лікарі надали компоненту «Можливість виконання більшості лікувальних маніпуляцій і процедур» (4,75±0,04 і 4,75±0,09 відповідно), «Можливість проведення гістологічного дослідження» (4,68±0,04 і 4,75±0,09 відповідно) та «Необхідний рівень професійної компетенції фахівців» (4,79±0,04 і 4,7±0,05 відповідно) (табл. 2).

Найвищу оцінку задоволеності організатори ОЗ надали критеріям «Достатня потужність консультативних/ маніпуляційних/ процедурних кабінетів» (4,68±0,03) та «Необхідний рівень професійної компетенції фахівців» (4,63±0,07). Оцінка інших компонентів коливалась між 4,53 та 4,58 балів (табл. 2).

**Висновки**

1. Серед складових якості медичного обслуговування на етапах реалізації КАМД пацієнтам з ЕДШ з точки зору практикуючих лікарів і організаторів ОЗ найважливішими є рівень професійної компетенції медичного персоналу, дотримання пацієнтами вимог

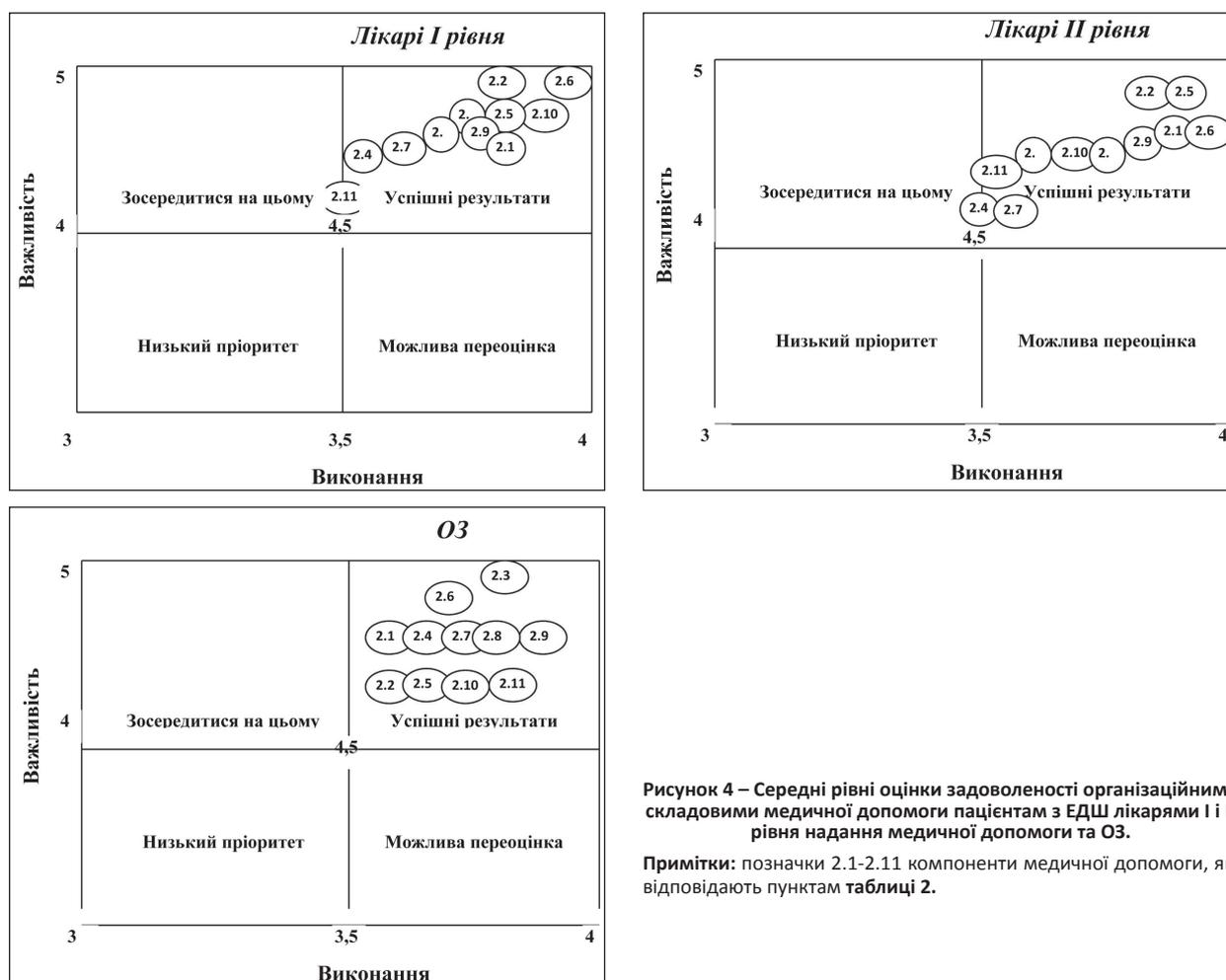


Рисунок 4 – Середні рівні оцінки задоволеності організаційними складовими медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ лікарями I і II рівня надання медичної допомоги та ОЗ.

Примітки: позначки 2.1-2.11 компоненти медичної допомоги, які відповідають пунктам таблиці 2.

до лікування та термінів динамічного спостереження, організація процесу діагностики та лікування.

2. На думку практикуючих лікарів і організаторів ОЗ, дотримання персоналом стандартів медичної допомоги, забезпечення процесу діагностики і лікування ЕДШ знаходиться на достатньо високому рівні, про що свідчить рівень задоволеності респондентів виконанням цих компонентів КАМД.

3. На думку практикуючих лікарів і організаторів ОЗ, практичний досвід медичного персоналу, який надає допомогу пацієнтам з ЕДШ, є найбільш важливою складовою їх професійної компетенції. А серед шляхів ефективного підвищення рівня професійної компетенції лікарі відзначили тематичне удосконалення очної форми навчання і стажування на робочому місці.

4. Серед складових організації медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ достовірно вищий рівень важливості, на думку респондентів, мали: можливість більшості лікувальних маніпуляцій і процедур (80%-89,5%), можливість проведення гістологічного дослідження (89,5%) і необхідний рівень професійної компетенції фахівців (90%-92,9%).

5. На думку практикуючих лікарів і організаторів ОЗ, організація медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ знаходиться на достатньо високому рівні, про що свідчить рівень задоволеності респондентів.

**Перспективним напрямком подальших досліджень**, на наш погляд, може бути використання отриманих результатів дослідження при організації медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ, медичний персонал має бути поінформованим і брати участь у прийнятті рішень.

### Література

- Oshyvalova O, Ziukov O. Kliniko-orhanizatsiyni pidkhid do vdoskonalennia profilaktyky epidermalnykh dysplazii shkiry. Klinichna ta profilaktychna medytsyna. 2019;2(8). Dostupno: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/view/58> [in Ukrainian].
- Marshall M, Shekelle P, Davies H, Smith PC. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Aff. 2003;22(3):134-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12757278>
- Loeb J. The current state of performance measurement in healthcare. Int J Qual Health Care. 2004;16(1):5-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15059982>
- National Healthcare Disparities Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. [Accessed March 16, 2008]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr06/nhdr06.htm>
- National Healthcare Quality Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2006. [Accessed March 16, 2008]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr06/nhqr06.htm>
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press. 2001. p. 164-80.
- Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press. 1999.

- McNally MK, Page MA, Sunderland VB. Failure mode and effects analysis in improving a drug distribution system. *Am J Health Syst Pharm.* 1997;54:17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9117805>
- Wallin L, Bostrom AM, Wikblad K, Ewald U. Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *J Adv Nurs.* 2003;41(5):509-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603576>
- Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern Med.* 1998;128:651-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9537939>
- Chassin MR. Quality of Care—part 3: Improving the quality of care. *N Engl J Med.* 1996;1060-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8793935>
- Rosenthal MM, Sutcliffe KN, editors. Horn SD, Hickey JV, Carrol TL, Dean JM. Can evidence-based medicine and outcomes research contribute to error reduction? Medical error: what do we know? What do we do? San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002. p. 157-73.
- Joss R. What makes for successful TQM in the NHS? *Int J Health Care Qual Assur.* 1994;7(7):4-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10140850>
- Nwabueze U, Kanji GK. The implementation of total quality management in the NHS: how to avoid failure. *Total Quality Management.* 1997;8(5):265-80.
- Jackson S. Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions? *Int J Health Care Qual Assur.* 2001;14(4):157-63.
- Lekhan VM, Ziukov OL. Porivnialnyi analiz dumok orhanizatoriv okhorony zdorovia i praktykuiuchykh likariv na problemu yakosti medychnoho obsluhovuvannya onkologichnykh khvorykh. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy.* 2008;2:22-7. [in Ukrainian].
- Oshyvalova O. Efektyvnist vprovadzhennia lokalnoho protokolu medychnoi dopomohy khvorym na epidermalni dysplazii shkiry u bahatoprofilnomu medychnomu zakladi. *Visnyk problem biolohii i medytsyny.* 2019;1(148):307-13. [in Ukrainian].
- Lapach SN, Chubenko AV, Babych PN. Statystycheskye metody v medyko-byolohycheskykh yssledovaniyakh s yspolzovanyem Excel. K.: Moryon; 2000. 320 s. [in Russian].
- Saltman RB. Reformy systemy zdravookhraneniya v Evrope. *Analiz sovremennykh stratehiy: per. s anhl. M.: Heotar Medytsyna; 2000. 423 s. [in Russian].*

### АНАЛІЗ ДУМКИ ПРАКТИКУЮЧИХ ЛІКАРІВ ТА ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДЕРМАЛЬНИХ ДИСПЛАЗІЙ ШКІРИ

Ошивалова О. О., Зюков О. Л.

**Резюме.** Вивчення думки всіх учасників лікувально-діагностичного процесу про різні аспекти медичного обслуговування є механізмом зворотного зв'язку, що дозволяє оцінити як рівень загальної задоволеності якістю медичної допомоги, так й ступінь готовності медичного персоналу надавати якісні медичні послуги.

**Мета роботи** полягала у вивченні думки практикуючих лікарів і організаторів охорони здоров'я щодо медичного обслуговування на етапах клінічного алгоритму медичної допомоги (КАМД) пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри (ЕДШ).

**Методи.** Розроблено анонімну анкету і опитано 19 організаторів охорони здоров'я (ОЗ) і 48 практикуючих лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами згідно Локальних протоколів. Статистична оцінка з використанням  $\chi^2$ , критерія Стюдента.

**Результати.** Аналіз задоволеності медичною допомогою на етапах виконання запропонованого КАМД свідчить про високий рівень оцінки дотримання персоналом стандартів медичної допомоги. Практикуючі лікарі і організатори ОЗ виразили одностайну задоволеність забезпеченням процесу діагностики (67,9%, 65% і 63,2%) і лікування ЕДШ (67,9%, 65% і 63,2%). Серед складових професійної компетенції медичних працівників, які надають медичну допомогу пацієнтам з ЕДШ, найбільш важливими практикуючі лікарі і організатори ОЗ відзначили практичний досвід (92,9% і 90%). Найвищу оцінку задоволеності практикуючі лікарі надали організаційному компоненту «Можливість виконання найбільш лікувальних маніпуляцій і процедур» (4,75±0,04 і 4,75±0,09 відповідно), «Можливість проведення гістологічного дослідження» (4,68±0,04 і 4,75±0,09 відповідно) та «Необхідний рівень професійної компетенції фахівців» (4,79±0,04 і 4,7±0,05 відповідно).

**Висновки.** На думку практикуючих лікарів і організаторів ОЗ, дотримання персоналом стандартів медичної допомоги, забезпечення процесу діагностики і лікування ЕДШ, організація медичної допомоги у закладі знаходиться на достатньо високому рівні.

**Ключові слова:** епідермальні дисплазії шкіри, клінічний алгоритм медичної допомоги, важливість і задоволеність, практикуючі лікар, організатори охорони здоров'я.

### АНАЛИЗ МНЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ И ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ КОЖИ

Ошивалова Е. А., Зюков О. Л.

**Резюме.** Изучение мнения всех участников лечебно-диагностического процесса о различных аспектах медицинского обслуживания является механизмом обратной связи, позволяющим оценить как уровень общей удовлетворенности качеством медицинской помощи, так и степень готовности медицинского персонала предоставлять качественные медицинские услуги.

**Цель работы** заключалась в изучении мнения практикующих врачей и организаторов здравоохранения о медицинском обслуживании на этапах клинического алгоритма медицинской помощи (КАМП) пациентам с эпидермальными дисплазиями кожи (ЭДК).

**Методы.** Разработана анкета и опрошено 19 организаторов здравоохранения (ОЗ) и 48 практикующих врачей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ЭДК в Государственной научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами согласно Локальных протоколов. Статистическая оценка с использованием  $\chi^2$ , критерия Стюдента.

*Результаты.* Анализ удовлетворенности медицинской помощью на этапах выполнения предложенного КАМП свидетельствует о высоком уровне оценки соблюдения персоналом стандартов медицинской помощи. Практикующие врачи и организаторы ОЗ выразили единодушную удовлетворенность обеспечением процесса диагностики (67,9%, 65% и 63,2%) и лечения ЭДК (67,9%, 65% и 63,2%). Среди составляющих профессиональной компетенции медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ЭДК, наиболее важными практикующие врачи и организаторы ОЗ отметили практический опыт (92,9% и 90%). Наивысшую оценку удовлетворенности практикующие врачи поставили организационным компонентам «Возможность выполнения большинства лечебных манипуляций и процедур» ( $4,75 \pm 0,04$  и  $4,75 \pm 0,09$  соответственно), «Возможность проведения гистологического исследования» ( $4,68 \pm 0,04$  и  $4,75 \pm 0,09$  соответственно) и «Необходимый уровень профессиональной компетенции специалистов» ( $4,79 \pm 0,04$  и  $4,7 \pm 0,05$  соответственно).

*Выводы.* По мнению практикующих врачей и организаторов ОЗ, соблюдения персоналом стандартов медицинской помощи, обеспечение процесса диагностики и лечения ЭДК, организационные аспекты медицинской помощи в учреждении находится на достаточно высоком уровне.

**Ключевые слова:** эпидермальные дисплазии кожи, клинический алгоритм медицинской помощи, важность и удовлетворенность, практикующие врачи, организаторы здравоохранения.

### ANALYSIS OF THE OPINIONS OF PRACTICING PHYSICIANS AND HEALTH CARE ORGANIZERS ON CLINICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES OF PREVENTION OF THE EPIDERMAL DYSPLASIA OF THE SKIN

Oshyvalova O. O., Ziukov O. L.

**Abstract.** Studying the opinion of all participants in the treatment and diagnostic process on various aspects of health care is a feedback mechanism that allows us to assess both the level of overall satisfaction with the quality of care and the degree of readiness of medical staff to provide quality medical services.

*The purpose* of the work was to study the opinions of practicing physicians and health care organizers regarding health care at the stages of clinical algorithm of medical care (CAMC) for patients with epidermal dysplasia of the skin (EDS).

*Methods.* An anonymous questionnaire was developed and 19 health care organizers (OS) and 48 practicing physicians were provided to provide medical care to patients with EDS at the State Scientific Institution "Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine" of the State Administration in accordance with the Local Protocols. Statistical estimate using  $\chi^2$ , Student's t test.

*Results.* The analysis of satisfaction with medical care at the stages of implementation of the proposed CAMC indicates a high level of assessment of the compliance of staff with the standards of medical care. Practicing physicians and health care organizers expressed unanimous satisfaction with the diagnostic process (67.9%, 65% and 63.2%) and EDS treatment (67.9%, 65% and 63.2%). Among the components of the professional competence of health care providers providing medical care to patients with EDS, the most important practicing physicians and health care organizers noted practical experience (92.9% and 90%). Practicing physicians gave the highest satisfaction rating to the organizational component, "Ability to perform most medical manipulations and procedures" ( $4.75 \pm 0.04$  and  $4.75 \pm 0.09$ , respectively), "Histological examination" ( $4.68 \pm 0.04$  and  $4.75 \pm 0.09$  respectively) and "Required Professional Competency" ( $4.79 \pm 0.04$  and  $4.7 \pm 0.05$  respectively).

*Conclusions.* According to practicing physicians and health care organizers, adherence to standards of care, staffing process of diagnosis and treatment of EDS, the organization of medical care in the institution is at a sufficiently high level.

**Key words:** epidermal dysplasia of the skin, clinical algorithm of medical care, importance and satisfaction, practicing physician, health care organizers.

*Рецензент – проф. Голованова І. А.*

*Стаття надійшла 25.08.2019 року*