

УДК 616.1-082:614.2:362.121(477.41)(049.5)  
DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.4118639>

А. В. Іванюк<sup>1</sup>, О. А. Канюра<sup>2</sup>

**ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНО- ПОЛІКЛІНІЧНОЇ КАРДІОЛОГІЧНОЇ  
ДОПОМОГИ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ  
(ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ)**

<sup>1</sup>Київська обласна клінічна лікарня;

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Summary.** Ivanyuk A. V., Kanyura O. A. **PROBLEMS OF OUTPATIENT CARDIOLOGICAL CARE ORGANIZATION IN KIEV REGION.** - *Kiev Regional Clinical Hospital; Bogomolets National Medical University, Kiev; e-mail: [2315756@gmail.com](mailto:2315756@gmail.com).*

**The aim:** is to study the state and problems of outpatient cardiologic care organization in Kiev region based on the materials of a sociological survey of patients.

**Material and methods.** Using a specially developed questionnaire, a sociological survey of 829 patients with cardio-vascular diseases (CVD), who applied to the outpatient clinics in the Kiev region was conducted in 2020. **Results.** It was found that only 15.8% of respondents are fully satisfied with the medical care provided on an outpatient basis; half of the patients (52.8%) are partially satisfied and one third (31.4%) are not satisfied at all. The main reasons for dissatisfaction are: long waiting for a doctor in the queue (62.2%), low availability of free provision of medicines (54.6%) and planned inpatient treatment (34.9%), inattentive attitude of medical personnel (24.3%), insufficient effectiveness of treatment (19.8%). A comparative analysis of the results of a sociological survey of three groups of patients (observed with a family doctor, a district cardiologist, and a regional cardiologic center) showed that among patients receiving medical care only from a family doctor, the largest share of those who are not satisfied with its results. These patients also do not visit a doctor regularly, have problems with the availability of free medication, planned inpatient treatment, and modern surgical methods of treatment (stenting and bypass grafting). **Conclusions.** The results of the sociological study showed that the organization of cardiac care for the rural population of the Kiev region does not fully satisfy the population and requires optimization.

**Key words:** sociological research, patients with diseases of the circulatory system, cardiac care for the rural population.

**Реферат.** Іванюк А. В., Канюра О. А. **ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КИЕВСКОЙ ОБЛАСТИ** (по материалам социологического опроса). **Цель работы** - по материалам социологического опроса пациентов изучить состояние и проблемы организации кардиологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях Киевской области. **Материалы и методы.** В 2020 г. по специально разработанной анкете проведен социологический опрос 829 пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения (АПЗ) Киевской области по поводу болезней системы кровообращения (БСК). Материалы исследования обработаны с использованием статистических методов. **Результаты исследования.** Установлено, что только 15,8% респондентов полностью удовлетворены медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях; половина пациентов (52,8%) удовлетворена частично и одна треть (31,4%) – не удовлетворены совсем. Основными причинами неудовлетворенности

пациентів являється: довге очікування прийому лікаря в черзі (62,2%), низька доступність безкоштовного забезпечення медикаментами (54,6%) і планового стаціонарного лікування (34,9%), невнимателне ставлення медичного персоналу (24,3%), недостатня результативність лікування (19,8%). Сравнительний аналіз результатів соціологічного опитування трьох груп пацієнтів (наблюдаваних по приводу БСК у сімейного лікаря, районного кардіолога і в обласному кардіологічному диспансері) показав, що серед пацієнтів, отримують медичну допомогу тільки у сімейного лікаря, найбільша частка тих, хто не задоволений її результатами, найменше регулярно відвідує лікаря, має проблеми з доступністю безкоштовного забезпечення медикаментами і планового стаціонарного лікування, сучасних хірургічних методів лікування (стентування і шунтування). **Висновки.** Результати проведеного соціологічного дослідження дозволили встановити, що організація кардіологічної допомоги сільському населенню Київської області не цілком задовольняє населення і вимагає оптимізації.

**Ключові слова:** соціологічне дослідження, пацієнти з хворобами системи кровообігу, кардіологічна допомога сільському населенню.

**Реферат.** Іванюк А. В., Канюра О. А. **ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНО- ПОЛІКЛІНІЧНОЇ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ).** Мета роботи - за матеріалами соціологічного опитування пацієнтів вивчити стан та проблеми організації кардіологічної допомоги у амбулаторно-поліклінічних закладах Київської області. **Матеріали і методи.** У 2020 р. за спеціально розробленою анкетною проведено соціологічне опитування 829 пацієнтів, які звернулися до амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ) Київської області з приводу хвороб системи кровообігу (ХСК). Матеріали дослідження опрацьовані із використанням статистичних методів. **Результати дослідження.** Встановлено, що тільки 15,8% респондентів повністю задоволені медичною допомогою, яка надається в амбулаторних умовах; половина пацієнтів (52,8%) задоволена частково і одна третина (31,4%) - незадоволена зовсім. Основними причинами невдоволеності одержаною у АПЗ медичною допомогою пацієнти назвали: тривале очікування на прийом лікаря у черзі (62,2%), низьку доступність безкоштовного забезпечення медикаментами (54,6%) та планового стаціонарного лікування (34,9%), неувважне ставлення медичного персоналу (24,3%), недостатню результативність лікування (19,8%). Порівняльний аналіз результатів соціологічного опитування трьох груп пацієнтів (які спостерігалися з приводу ХСК у сімейного лікаря, районного кардіолога і у обласному кардіологічному диспансері) засвідчив, що серед пацієнтів, які одержують медичну допомогу лише у сімейного лікаря, найбільша частка тих, хто не задоволений її результатами, нерегулярно відвідує лікаря, має проблеми із доступом до безкоштовного забезпечення медикаментами та планового стаціонарного лікування, сучасних хірургічних методів лікування (стентування та шунтування). **Висновки.** Результати проведеного соціологічного дослідження дозволили встановити, що організація кардіологічної допомоги сільському населенню Київської області не цілком задовольняє населення і вимагає оптимізації.

**Ключові слова:** соціологічне дослідження, пацієнти з хворобами системи кровообігу, кардіологічна допомога сільському населенню.

## ВСТУП

Актуальність проблеми удосконалення організації кардіологічної допомоги сільському населенню обумовлена високою поширеністю хвороб системи кровообігу (ХСК), скороченням державного фінансування кардіологічної служби та витісненням її з первинної ланки системи охорони здоров'я, знищенням профілактичного напрямку і низьким рівнем задоволеності населення даним видом медичної допомоги [1, 2, 3, 4].

На думку Решетнікова А. В. (2014), за допомогою соціологічного опитування може «здійснюватись соціологічне осмислення стану системи охорони здоров'я, як найважливішої сфери суспільства та її соціальних інститутів, ролі і місця медицини, охорони здоров'я, лікаря і пацієнта» [5].

**Мета роботи** - за матеріалами соціологічного опитування пацієнтів вивчити стан та

проблеми організації кардіологічної допомоги у амбулаторно-поліклінічних закладах Київської області.

**Матеріали і методи.** У 2020 р. у Київській області проведене соціологічне опитування пацієнтів, які звернулися до АПЗ област із приводу хвороб системи кровообігу. Репрезентативна вибірка налічувала 829 респондентів, котрі у ході аналізу одержаних матеріалів дослідження були розподілені на три групи: 1-а група - пацієнти, які спостерігалися з приводу ХСК у обласному кардіологічному диспансері (ОКД) - 281 особа; 2-а група - пацієнти, які спостерігалися сімейним лікарем у закладах первинної медичної допомоги (лікарські амбулаторії, центр ПМСД) - 269 осіб; 3-тя група - пацієнти, які спостерігались районним кардіологом у центральній районній лікарні (ЦРЛ) – 279 осіб. У соціологічному опитуванні взяли участь 53,9% жінок і 46,1% чоловіків. Вік опитаних пацієнтів коливався від 18 до 85 років і становив у середньому 55,1 років. Переважну більшість (68,5%) опитаних склали особи старше 50 років. Відмінностей у статевому віковому складі 3-х груп пацієнтів не виявлено ( $p < 0,05$ ).

Соціологічне дослідження проведене за спеціально розробленою програмою. Анкети заповнювалися респондентами анонімно. Показник повернення анкет склав 94,0%. Статистична обробка результатів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, оцінки статистичної суттєвості відмінностей результатів соціологічного опитування, проведених серед різних груп пацієнтів, за допомогою параметричних (Ст'юдента ( $t$ )) та непараметричних (Пірсона ( $\chi^2$ )) критеріїв. Різниця між результатами соціологічного опитування вважалася статистично вагомою за умови ймовірності безпомилкового прогнозу більше 95% ( $p < 0,05$ ). Статистична обробка матеріалів дослідження виконана за допомогою пакетів стандартних статистичних програм Statistica 8,0 та Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** З метою вивчення стану та проблем організації кардіологічної допомоги сільським жителям у АПЗ проведене соціологічне опитування 829 пацієнтів з ХСК, які звернулися до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Київської області. Результати аналізу матеріалів опитування засвідчили, що в цілому пацієнти з ХСК спостерігалися лікарями регулярно у 40,4% випадків, нерегулярно - у 43,6%, не спостерігалися взагалі – у 16% (табл.1).

Таблиця 1

**Регулярність спостереження у лікаря пацієнтів з хворобами системи кровообігу, %**

Регулярність спостереження	Всього	1 група	2 група	3 група
Регулярно	40,4	44,4	23,1*	53,7
Нерегулярно	43,6	51,0	40,9	38,8
Не спостерігалися	16,0	4,6	36,0*	7,5
Всього	100,0	100,0	100,0	100,0

\*міжгрупові відмінності вірогідні,  $p < 0,05$

Встановлено, що респонденти 2-ї групи (пацієнти сімейних лікарів) спостерігались регулярно з приводу хвороб системи кровообігу достовірно рідше (тільки у 23,1%), проти 44,4% у 1-й групі (ОКД) і 53,7% у 3-й групі (ЦРЛ) ( $p < 0,05$ ). Третина (36,0%) респондентів з 2-ї групи не спостерігалася зовсім, тоді як у першій і у третій групі частка таких пацієнтів була вірогідно меншою (4,6% і 7,5%, відповідно,  $p < 0,05$ ).

Аналіз методів, які використовувалися для лікування ХСК (табл. 2), засвідчив, що 95,8% пацієнтів отримували медикаментозне лікування, кожному п'ятому (в 21,0%) було проведено стентування і у 6,0% - шунтування (табл. 2).

Варто зазначити, що пацієнтам 2 групи достовірно рідше було проведено шунтування (2,6% проти 10,7% в першій і 7,1% у третій групі,  $p < 0,05$ ) і стентування (13,2% проти 35,3% в першій і 14,6% у третій групі,  $p < 0,05$ ). Медикаментозне лікування одержували практично усі пацієнти.

Таблиця 2

**Розподіл респондентів за видами проведеного ним лікування, %**

Види лікування	Всього	1 група	2 група	3 група
Шунтування	6,9	10,7	2,6*	7,4
Стентування	21,0	35,3*	13,2	14,6
Медикаментозне лікування	95,8	87,4	100,0	100,0
Інше	6,0	8,0	3,5	6,7

\* міжгрупові відмінності вірогідні,  $p < 0,05$

Частота відвідувань АПЗ з приводу ХСК свідчить, з одного боку, про тяжкість захворювання, з іншого - про медичну активність пацієнтів. Встановлено, що в цілому, найбільшу частку склали ті хворі, які відвідували АПЗ з приводу ХСК 1-2 рази на рік (43,5%). 34,0% пацієнтів відвідували АПЗ кілька разів на місяць. Тільки 3,8% опитаних пацієнтів зверталися з приводу свого захворювання декілька разів на тиждень. Майже кожен п'ятий хворий з ХСК (18,7%) впродовж року жодного разу не відвідав АПЗ (рис. 1).

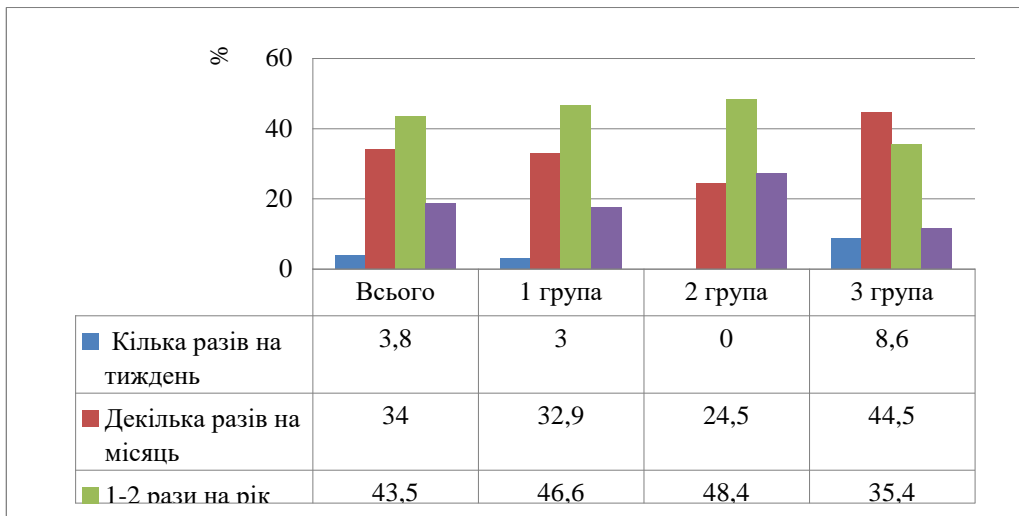


Рис. 1. Розподіл респондентів за частотою відвідувань АПЗ з приводу ХСК, %

Порівняльний аналіз частоти звернень до АПЗ серед трьох груп респондентів засвідчив, що пацієнти, які обслуговувались у ЦРЛ, мали більш високу медичну активність, порівняно із пацієнтами лікарських амбулаторій та ОКД.

Вивчення рівня задоволеності результатами наданої медичної допомоги в АПЗ при хворобах системи кровообігу дозволило встановити, що в цілому, зовсім невелика частка пацієнтів (15,8%) була задоволена амбулаторною медичною допомогою. Більше половини (52,8%) були задоволені частково і одна третина (31,4%) - незадоволені зовсім (табл.3).

Таблиця 3

**Задоволеність результатами надання медичної допомоги в АПЗ при хворобах системи кровообігу, %**

Критерії оцінки медичної допомоги	Всього	1 група	2 група	3 група
Задовольняє	15,8	14,7	12,3	20,5
Частково задовольняє	52,8	52,6	50,0	55,7
Незадовольняє	31,4	32,7	37,7	23,8

Найбільш незадоволеними виявилися респонденти 2 групи -37,7%, проти - 32,7% у 1-й і 23,8% - у 3-й групі ( $p < 0,05$ ).

Основними причинами невдоволеності медичною допомогою у АПЗ при ХСК були - тривале очікування лікаря у черзі (62,2%) та низька доступність безкоштовного

забезпечення медикаментами(54,6%) (табл. 4).

Таблиця 4

**Причини незадоволеності медичною допомогою у АПЗ пацієнтів з ХСК, %**

Причини незадоволеності медичною допомогою	Всього	1 група	2 група	3 група
Тривале очікування прийому лікаря у черзі	62,2	62,7	58,9	65,2
Низька доступність безкоштовного забезпечення медикаментами	54,6	69,9	40,1*	53,7
Низька доступність планового стаціонарного лікування	34,9	45,4	25,8*	33,5
Недостатня результативність лікування	19,8	22,1	17,9	19,5
Неуважне ставлення персоналу	24,3	18,0*	26,1	28,8
Необхідність оплати медичних послуг	16,8	27,3	7,2*	16,0
Інше	24,3	21,6	30,2	21,0

\* міжгрупові відмінності достовірні,  $p < 0,05$

Наступні позиції обійняли такі причини як низька доступність планового стаціонарного лікування (34,9%), неуважне ставлення медичного персоналу (24,3%) недостатня результативність лікування (19,8%) і необхідність оплати певних медичних послуг (16,8%).

Істотні міжгрупові відмінності ( $p < 0,05$ ) мали місце між 1 і 2 групою за такими позиціями як низька доступність безкоштовного забезпечення медикаментами (69,9% проти 40,1%), низька доступність планового стаціонарного лікування (45,4% проти 25,8%), неуважне ставлення персоналу (18,0% проти 26,1%) і необхідність оплати медичних послуг (27,3% проти 7,2%). Достовірно розрізнялися 1 і 3 група за часткою пацієнтів, які вказали на неуважне ставлення персоналу, як причину невдоволеності одержаною медичною допомогою (18% проти 28,8%,  $p < 0,05$ ).

Про тяжкість перебігу захворювання та ефективність планового лікування пацієнтів з ХСК свідчить частота викликів хворими екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕМД). Аналіз результатів соціологічного дослідження (табл. 5) засвідчив, що за ЕМД з приводу хвороби системи кровообігу впродовж останнього року зверталось 65,5% опитаних, не зверталось - 34,5%. В основному (44,9%), пацієнти з ХСК зверталися за ЕМД 1-2 рази на рік, 15,1% - кілька разів на місяць. Декілька разів на тиждень викликали ЕМД 5,5% хворих. Цей показник зростав від 4,7% серед пацієнтів 3 групи до 16,9% у другій і 23,8% у першій групі ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 5

**Частота викликів екстреної медичної допомоги з приводу хвороб системи кровообігу за останній рік, %**

Частота викликів ШМД	Всього	1 група	2 група	3 група
Кілька разів на тиждень	5,5	7,9	0,8*	7,7
Декілька разів на місяць	15,1	23,8	16,9	4,7*
1-2 рази на рік	44,9	42,2	34,4	58,3*
Не зверталися	34,5	26,1	47,9*	29,3
Всього	100,0	100,0	100,0	100,0

\* міжгрупові відмінності вірогідні,  $p < 0,05$

1 - 2 рази на рік зверталися за ЕМД 58,3% пацієнтів 3 групи і 42,2% та 34,4%, відповідно, у 1-й і 2-й групах ( $p < 0,05$ ). Слід відмітити, що 47,9% респондентів з другої групи не користувалися послугами ЕМД, що можливо, пов'язане з недостатньою доступністю ЕМД у сільській місцевості. У двох інших групах частка таких пацієнтів біла вірогідно меншою, ніж у другій групі (26,1% і 29,3%, відповідно,  $p < 0,05$ ).

Критерієм оперативності надання ЕМД є час прибуття бригади ЕМД з моменту реєстрації звернення за ЕМД. Аналіз результатів анкетування (рис 2.) засвідчив, що у більшості випадків (60,6%) виконується норматив прибуття бригади ЕМД для сільської

місцевості (до 20 хв). Кожен четвертий (25,7%) респондент вказав, що очікував на бригаду ЕМД до 35 хв. Нерідким було і більш тривале очікування бригади ЕМД: 8,4% - до 45 хв і 5,3% - більше 45 хв (рис.2).

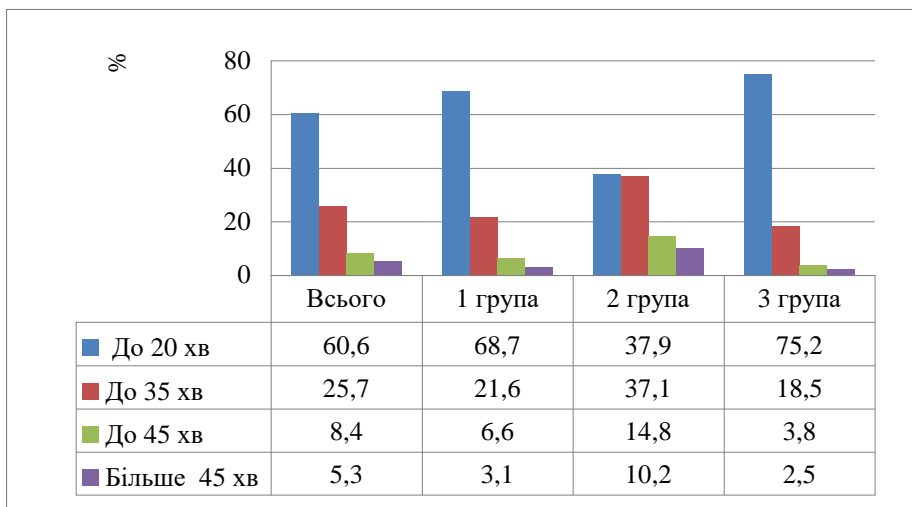


Рис. 2. Розподіл респондентів за часом прибуття бригади ЕМД з моменту звернення пацієнта з хворобою системи кровообігу, %

Співставлення показника оперативності прибуття бригади ЕМД у трьох групах пацієнтів засвідчило, що найдовше на ЕМД очікують пацієнти з другої групи (<0,05).

Результатами наданої ЕМД залишилась задоволеною половина (53,0%) респондентів, одна третина (34,1%) була частково задоволеною і 12,9% склали незадоволені (рис. 3).

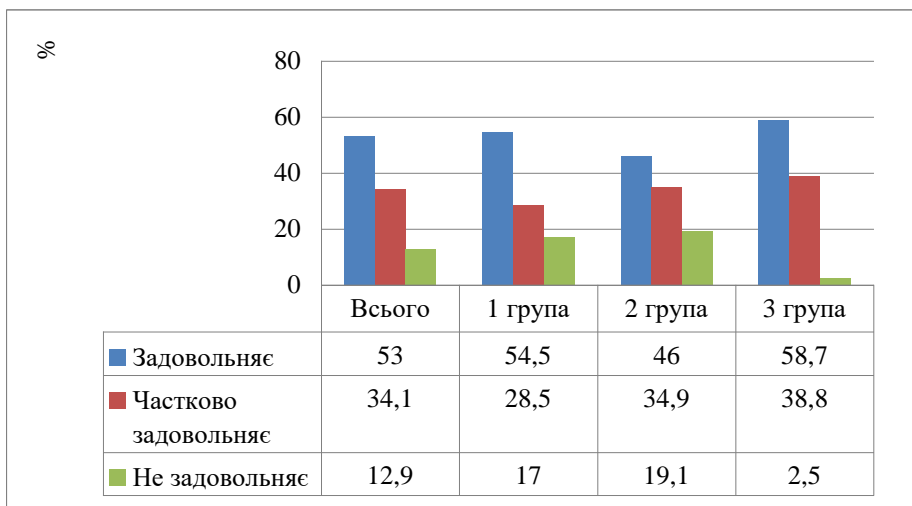


Рис. 3. Задоволеність пацієнтів з ХСК результатами ЕМД, %

Вірогідно вищою, порівняно із 3-ю групою (2,5%), була частка незадоволених одержаною ЕМД у 1-й і 2-й групах (17% і 19,1%, відповідно,  $p < 0,05$ ).

#### Висновки:

Результати проведеного соціологічного опитування дозволили отримати характеристику організації амбулаторної медичної допомоги пацієнтам з ХСК у АПЗ Київської області за невідображеними у матеріалах статистичної звітності аспектами.

Встановлено, що пацієнти з ХСК спостерігалися лікарями амбулаторної ланки регулярно у 40,4% випадків, нерегулярно - у 43,6%, не спостерігалися взагалі – у 16%.

Показано, що тільки 15,8% респондентів задоволені медичною допомогою, яка

надається в амбулаторно-поліклінічних умовах. Більше половини пацієнтів (52,8%) задоволені частково і одна третина (31,4%) - незадоволені зовсім.

Основними причинами невдоволеності одержаною у АПЗ медичною допомогою пацієнти із ХСК назвали: тривале очікування на прийом лікаря у черзі (62,2%), низьку доступність безкоштовного забезпечення медикаментами (54,6%), низьку доступність планового стаціонарного лікування (34,9%), неухвалне ставлення медичного персоналу (24,3%), недостатню результативність лікування (19,8%).

Порівняльний аналіз результатів соціологічного опитування трьох груп пацієнтів (які спостерігалися з приводу ХСК у сімейного лікаря, районного кардіолога і у обласному кардіологічному диспансері) засвідчив, що серед пацієнтів, які одержують медичну допомогу лише у сімейного лікаря, найбільша частка тих, хто не задоволений її результатами, нерегулярно відвідує лікаря, має проблеми із доступом до безкоштовного забезпечення медикаментами та планового стаціонарного лікування, сучасних хірургічних методів лікування (стентування та шунтування), а також своєчасної екстреної медичної допомоги.

Таким чином, результати проведеного соціологічного дослідження дозволили встановити, що організація кардіологічної допомоги сільському населенню Київської області не цілком задовольняє населення і вимагає оптимізації.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати будуть використані при побудові концептуальної моделі обласного кардіологічного центру на принципах державно-приватного партнерства.

#### **Література:**

1. Мезенцева Н. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір. /Н. Мезенцева, С. Батиченко, К Мезенцев. – Київ: ДП «Прінт Сервіс», 2018. — 136 с.
2. Сердечно - сосудистые заболевания. 2017 г. Информационный бюллетень ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>).
3. Коваленко В. М. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні/ В. М. Коваленко, А. П. Дорогой // Український кардіологічний журнал. - 2016, додаток 3. – С. 5 - 14
4. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: посібник для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / Ін-т кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України; підгот.: Мороз Д. М. та ін.; під ред.: Коваленка В. М., Корнацького В. М. - Київ: Друкарня "Гордон", 2016. - 261 с.
5. Решетников А. В. Проведение медико - социологического мониторинга/ А. В. Решетников – М.: Политехресурс, 2007. – 160 с.

#### **References:**

1. Mezentseva N. Zakhvoryuvanist' i zdorov'yanaselennya v Ukraїni: suspil'no-geografichniyvimir. /N. Mezentseva, S. Batichenko, K Mezentsev. - Kiїv: DP Print Servis, 2018. — 136 p.
2. Serdechno – sosudistyye zabolevaniya. 2017 g. Informatsionnyy byulleten' VOZ. Rezhim dostupa: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>).
3. Kovalenko V. M. Sertsevo – sudynni khvoroby: medychno-sotsialne znachennya ta stratehiya rozvytku kardiologiyi v Ukrayini / V.M. Kovalenko, A.P. Dorohyy // Ukrayinskyy kardiologichnyy zhurnal. - 2016, dodatok 3. - P. 5 - 14.
4. Problemi zdorov'ya i medichnoї dopomogi ta model' pokrashchannya v suchasnikh umovakh: posibnik dlya kardiologiv, revmatologiv, terapeutiv, organizatoriv okhoroni zdorov'ya ta likariv zagal'noї praktiki / Ін-т кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України; підгот.: Мороз Д. М. та ін.; під ред.: Коваленка В. М., Корнацького В. М. - Kiїv: Drukarnya "Gordon", 2016- 261 p/
5. Reshetnikov A. V. Provedeniye medico – sotsiologicheskogo monitoringa/ A.V. Reshetnikov – M.: Politekhresurs, 2007. – 160 p.

Робота надійшла в редакцію 02.09.2020 року.  
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування