

Гутор Т.Г., Зіменковський А.Б.

Проведення першого етапу клінічного аудиту – «Діагностика проблеми» (на прикладі пацієнтів урологічного профілю)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Gutor T.G., Zimenkovsky A.B.

Conducting the first stage of clinical audit – “Problem Diagnosis” (based on the example of urology patients)

Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

taras_gutor@ukr.net

Вступ

В охороні здоров'я (далі – ОЗ) важливо оцінювати не тільки структуру та процеси, а і якість результатів лікування [1]. Дані вітчизняних та зарубіжних джерел засвідчують, що впровадження організаційних заходів з дотриманням принципів клінічного аудиту (далі – КА) як інструменту систематичної, неупередженої і добро-зичливої ретроспективної та перспективної оцінки може сприяти підвищенню якості медичного обслуговування на індивідуальному, командному та інституційному рівнях [2–4]. Сьогодні технології КА широко застосовують у розвинутих країнах світу [5; 6]. В Україні КА перебуває на початкових стадіях упровадження і викликає активний інтерес серед фахівців ОЗ [6; 7]. Оскільки КА охоплює всі аспекти медичної допомоги (далі – МД), він має потенціал суттєвого і невід'ємного складника клінічного управління. За допомогою КА можна відстежити процеси діагностики, лікування та догляду за пацієнтами [8–10], використання різних видів ресурсів, наслідки медичних втручань і вплив МД на якість життя (далі – ЯЖ) пацієнта [11]. Результати КА дадуть змогу опрацювати основні аспекти особистісно орієнтованої МД [12].

Мета дослідження – провести перший етап КА – «Діагностика проблеми» у хворих урологічного профілю.

Об'єкт і методи дослідження

Групу дослідження становили 405 респондентів, які були пацієнтами урологічних відділень лікарень міста Львова. У роботі застосовано соціологічний метод, методи системного підходу, структурно-логічного та медико-статистичного аналізу. Метод опитування використано як основний для збору інформації. Усі респонденти заповнювали ідентичні опитувальники з урахуванням анонімності.

Результати відповідей пацієнтів представлені екстенсивними відносними величинами та 95 %

довірчим інтервалом, який розраховували за допомогою тестів Вальда або Фішера.

Усі статистичні розрахунки проводили за допомогою програмного забезпечення RStudio v. 1.4.1106.

Під час виконання роботи не проводили клінічні або лабораторні обстеження окремих осіб. Дизайн дослідження унеможлилював ідентифікацію окремих осіб, опитування проводилося з дотриманням анонімності, етичних та морально-правових норм при проведенні наукового дослідження із залученням людини, тому права пацієнтів та конфіденційність не порушувалися.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами опитування 405 пацієнтів урологічних відділень, більшість респондентів госпіталізовано вперше (66,67 [62,00–71,17] %, $n = 270$ осіб). Третина досліджуваних перебувала там вдруге (29,14 [24,82–33,65] %, $n = 118$), 8 осіб (1,98 [0,85–3,56] %) – втретє, 9 осіб (2,22 [1,02–3,88] %) – четвертий раз або більше.

Діагностичні дослідження (лабораторні й інструментальні) майже всі респонденти (97,78 [96,12–98,98] %) проходили в межах ЗОЗ. Більшість пацієнтів, які проходили лікування в урологічному відділенні, було прооперовано – 88,64 [85,37–91,54] % ($n = 359$).

Кількісно комплекс проведених лабораторних та інструментальних обстежень як достатній оцінили 368 (90,86 [87,87–93,47] %) пацієнтів. Хоча майже кожен десятий опитаний пацієнт (9,14 [6,53–12,13] %) стверджував, що проведений обсяг досліджень не був оптимальним: 19 опитаних хворих (4,69 [2,85–6,96] %) уважали його недостатнім, 18 (4,44 [2,66–6,66] %) – надлишковим.

Серед опитаних безплатну лабораторну діагностику отримало 83,21 [79,42–86,69] % пацієнтів та стільки ж – інструментальну. Майже 1/3 пацієнтів (29,63 [25,29–34,17] %, $n = 120$) надали стверджу-вальну відповідь про хоча б одне платне обстеження.

Більшість респондентів зазначили отримання вичерпної інформації про результати виконаних досліджень: 95,31 [93,04–97,15] % лабораторних аналізів та 97,78 [96,12–98,98] % інструментальних обстежень. Проте 28 пацієнтів (6,91 [4,65–9,58] %) були незадоволені рівнем поінформованості щодо проведених досліджень, із них 4,69 [2,85–6,96] % – стосовно лабораторних та 2,22 [1,02–3,88] % – інструментальних досліджень. А ще інших 11 опитаних (2,72 [1,36–4,52] %) відповіли, що отримана інформація від лікаря не дозволила їм краще зрозуміти стан здоров'я та наявні порушення.

Отже, на загаль майже кожний десятий пацієнт (9,63 [6,95–12,69] %, $n = 39$) був незадоволений обсягом інформації щодо проведеного йому діагностичного обстеження.

Наступна частина дослідження стосувалася вивчення думки респондентів щодо якості проведеного лікування. Стверджувальну відповідь про залучення пацієнта до ухвалення рішення стосовно призначеного лікування надали 376 (92,84 [90,13–95,14] %) хворих, що свідчить про високий рівень пацієнтоорієнтованості в урологічних відділеннях. Поміж тим 29 опитаних (7,16 [4,86–9,87] %) засвідчують, що з ними не обговорювали подальше лікування.

Більшість респондентів (97,28 [95,48–98,64] %) відповіли, що отримане лікування допомогло усунути основну причину їх звернення за МД. Проте 11 пацієнтів (2,72 [1,36–4,52] %) стверджували, що лікування не допомогло, хоча лише 3 (0,74 [0,14–1,81] %) із них зазначили наявність скарг, які так і не минули, а інші 8 (1,98 [0,85–3,56] %) вказали, що скарги минули впродовж декількох днів після початку призначеного лікування.

Всього відзначили наявність скарг, що не минули протягом лікування, 11 пацієнтів (2,72 [1,36–4,52] %), з яких 8 (1,98 [0,85–3,56] %) стверджували, що отримане лікування дало змогу усунути основну причину їх звернення за МД (рис. 1).

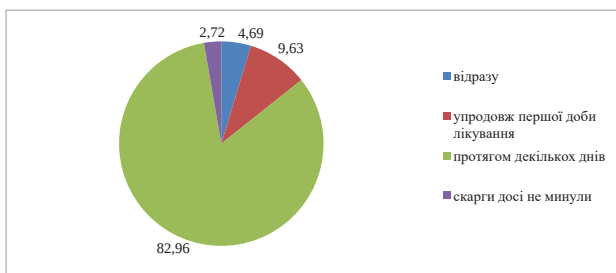


Рис. 1. Розподіл респондентів за періодами часу від початку лікування, протягом якого минули скарги, щодо яких зверталися пацієнти у відділення стаціонару (%)

Упродовж декількох днів після початку призначеного лікування скарги минули у 82,96 [79,15–86,46] % пацієнтів, протягом першої доби – у 9,63 [6,95–12,69] % хворих, відразу після надання призначень – у 4,69 [2,85–6,96] % опитаних.

Низку запитань в опитувальнику присвячено оцінці ставлення пацієнтів до медичного персоналу (лікарів та медичних сестер).

Стверджувальну відповідь щодо довіри до лікаря-куратора, відчуття впевненості в ньому та його діях дали 389 (96,05 [93,94–97,73] %) респондентів; у 386 (95,31 [93,04–97,15] %) хворих не було жодних сумнівів щодо рекомендованого лікування чи бажання звернутися до інших фахівців. Натомість 35 опитаних (8,64 [6,11–11,57] %) висловили недовіру до лікаря або сумніви щодо призначеного лікування, з них: 3,95 [2,27–6,06] % – не довіряли лікарю-куратору та 4,69 [2,85–6,96] % – сумнівалися в призначеному лікуванні, хоча всі оцінили свого лікаря як компетентного спеціаліста.

Переважає кількість опитаних відзначила позитивні риси медичних працівників, як-от компетентність, професіоналізм, уважність, увічливість. На рисунку 2 представлено частку негативних відповідей щодо оцінки особистих якостей лікаря-куратора й середнього медичного персоналу, які брали участь у наданні МД пацієнтам урологічних відділень.

Хоча б одну негативну рису лікаря відмітив кожний п'ятий опитаний (21,98 [18,08–26,13] %, $n = 89$). Із них найбільше були незадоволені через неухважність лікаря (11,60 [8,67–14,90] %, $n = 47$), його постійну заклопотаність (9,63 [6,95–12,69] %, $n = 39$) та закритість при спілкуванні (9,14 [6,53–12,13] %, $n = 37$). Критично незадоволених, які зазначили одночасно три негативні риси лікаря, було 24 пацієнти (5,93 [3,84–8,43] %), із них 9 (2,22 [1,02–3,88] %) відмітили такі риси, як неухважність, закритість до спілкування та неввічливість; 9 (2,22 [1,02–3,88] %) – неухважність, закритість до спілкування та непрофесіоналізм; 6 (1,48 [0,54–2,89] %) – неухважність, неввічливість та постійна заклопотаність.

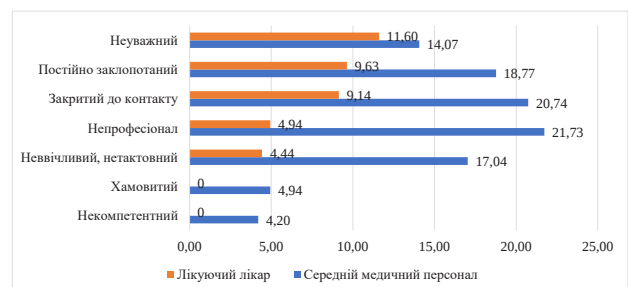


Рис. 2. Розподіл відповідей пацієнтів відділення щодо характеристики особистих якостей лікаря-куратора й середнього медичного персоналу (%)

Аналіз частоти відвідуваності медичним персоналом показав, що впродовж дня до пацієнта відвідування лікар-куратор заходив $4,16 \pm 1,78$ раз (від 2 до 10 разів), медична сестра – $4,31 \pm 2,04$ раз (від 2 до 10 раз). Жоден із респондентів не вважає зазначену частоту відвідувань занадто високою. Більшість осіб характеризують як достатню частоту відвідувань хворого в палаті лікарем-куратором (90,12 [87,03–92,83] %) і медичною сестрою (85,43 [81,83–88,69] %). Проте

майже кожний п'ятий пацієнт (19,51 [15,8–23,5] %, $n = 79$) вважає недостатньою частоту відвідування медичного персоналу, з них: 9,88 [7,17–12,97] % відвідування лікарів та 14,57 [11,31–18,17] % відвідування медичних сестер. Також 1/3 опитаних (30,86 [26,46–35,45] %) стверджує, що наявного у відділенні середнього медичного персоналу (медичних сестер) для забезпечення належного догляду недостатньо.

Аналіз рівня задоволеності пацієнтів санітарним станом відділення (чистотою у відділенні, палаті, туалеті та душі) показав, що 309 із 405 пацієнтів (76,30 [72,04–80,31] %) були цілком задоволені всіма складниками гігієнічного стану відділення, незадоволених було 96 пацієнтів (23,70 [19,69–27,96] %) – це майже кожен четвертий опитаний, причому всі вони, зокрема, скаржилися на чистоту туалету та душі. Майже кожен десятий респондент був незадоволений станом палати (9,63 [6,95–12,69] %) або відділення (9,38 [6,74–12,41] %) (рис. 3).

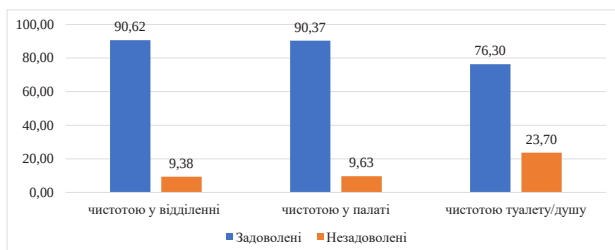


Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів щодо оцінки задоволеності санітарним станом у відділенні (%)

Результати аналізу даних анкетування щодо задоволеності загальною якістю медичних послуг (діагностикою, лікуванням, консультуванням) засвідчують, що більшість пацієнтів була повністю чи частково задоволена якістю наданих медичних послуг – 376 осіб (92,84 [90,13–95,14] %). Незадоволених усього було 29 осіб (7,16 [4,86–9,87] %), з яких повністю незадоволених – 10 респондентів (2,47 [1,19–4,20] %), частково незадоволених – 19 пацієнтів (4,69 [2,85–6,96] %) (Рис. 4)

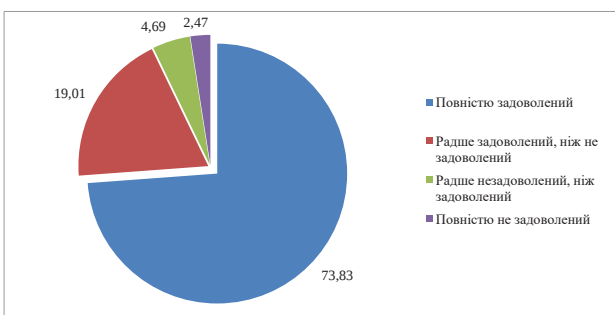


Рис. 4. Оцінка задоволеності пацієнтів урологічного відділення якістю наданих медичних послуг (%)

Надана МД була фінансово доступною для 81,48 [77,56–85,11] % опитаних. Майже п'ята частина

респондентів (18,52 [14,89–22,44] %) зазначила, що цей складник для них був недоступним.

Слід зауважити, що 19 осіб (4,69 [2,85–6,96] %) стверджували, що від них вимагали подяку, хоча жодний з них не вказав на незадоволеність наданою медичною послугою, приниження гідності чи фінансову недоступність МД.

На запитання, чи протягом лікування принижували їхню гідність, 97,28 [95,48–98,64] % пацієнтів відділення відповіли негативно. Проте 11 хворих (2,72 [1,36–4,52] %) зазначили приниження гідності. Усі вони вказали на доступність фінансової допомоги та заперечили вимагання подяки. Майже ½ з них (5 осіб) були повністю незадоволені наданою МД, решта шість опитаних – повністю задоволені.

Більшість (95,31 [93,04–97,15] %) пролікованих пацієнтів відповіла, що порадила б своїм близьким, колегам або знайомим звернутися з подібним захворюванням за МД у це відділення. Натомість 19 респондентів (4,69 [2,85–6,96] %) цього би не порадили.

Ураховуючи суттєві відмінності та невідповідності в наданих відповідях респондентів, проведено більш детальне дослідження фокус-груп незадоволених за певними ключовими запитаннями анкети, щодо моральних, етичних та фінансових аспектів медичного обслуговування.

Характеристики фокус-груп пацієнтів, які були незадоволені МД у урологічних відділеннях лікарень:

1. Фокус-група пацієнтів, які є незадоволені якістю наданої МД. Це пацієнти середнього працездатного віку, фінансово спроможні, переважно з вищою освітою, які пізно звернулися по МД (понад 24 годин) з діагнозом сечокам'яної хвороби та вираженим больовим синдромом, були прооперовані й очікували швидких результатів лікування, навіть попри позитивний кінцевий результат лікування. Вони вимогливі до частоти візитів лікарем, критичні в оцінці медичного обладнання та чутливі до чистоти й оточення в палаті.

2. Фокус-група пацієнтів, які потребують більш часткої уваги з боку лікаря. Це пацієнти, що працюють, середнього віку, високоінтелектуальні (можуть мати науковий ступінь), які поступають із сильними болями, мають діагноз сечокам'яної хвороби або аденоми простати, потребують оперативного лікування. Ці пацієнти за абсолютно повної задоволеності обсягом діагностики та інформації з боку лікаря стосовно всіх складників МД, рівнем його професіоналізму та відкритості до спілкування все ж потребують ще більшої уваги з боку медичного персоналу, що дає змогу припустити наявність певних медичних фобій у таких пацієнтів та, на нашу думку, вимагає присутності лікаря-психолога чи психіатра впродовж періоду перебування у відділенні.

3. Фокус-група пацієнтів, які сумніваються в призначеному лікарем лікуванні. Це пацієнти до 40 років, жителі міст, ті, хто працює, або студенти, які відтягують до останнього моменту госпіталізацію (пізня госпіталізація із сильними болями, яка потребує операції), мають діагноз доброякісного новоутворення або аномалію розвитку сечостатевої системи. Хоч і вказують на довіру до свого

лікаря та задоволені проведенню діагностикою і оперативним втручанням, більшість із них не сприймає його як професіонала. Характерним є брак комунікації з лікарем: уважають недостатньою свою участь в ухваленні рішень та обговоренні деталей операції, можливо, саме це й спричинює сумніви щодо призначеного лікування, хоча загалом результатом лікування задоволені. Також ці пацієнти мають багато зауважень до роботи середнього медичного персоналу – скаржаться на недостатність візитів та їхні професійні й особисті риси, проте зазначають достатню кількість медичних сестер у відділенні. Загалом такі суперечливі відповіді свідчать, з одного боку, про недовисконалість комунікації «лікар – пацієнт» чи «медсестра – пацієнт», а з іншого – про можливу потребу знову ж таки в психологічному супроводі таких пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень

Отримані висновки першого етапу КА («Діагностика проблеми») засвідчили необхідність у подальших етапах КА. Водночас результати проведенню КА та виявлені за його допомогою проблеми на спеціалізованому рівні надання урологічної допомоги дають змогу припустити наявність подібних проблем та необхідність проведення КА й в інших сферах ОЗ.

Висновки

1. У результаті проведенню першого етапу клінічного аудиту – «Діагностика проблеми», у пацієнтів

урологічного профілю встановлено, що майже 10 % пацієнтів не задоволені наданими медичними послугами: недостатній комплекс лабораторних та інструментальних досліджень (9,14 %), не отримали вичерпної інформації про результати виконаних їм досліджень (4,69 %), не були залучені до ухвалення рішення щодо призначеного їм лікування (7,16 %), отримане лікування не усунуло основної причини звернення по медичну допомогу (2,72 %), у 3,95 % хворих не було відчуття довіри до лікаря-куратора, упевненості в його діях.

2. Виокремлення пацієнтів, незадоволених певними послугами у відділенні, на основі отриманих результатів першого етапу клінічного аудиту, дало змогу сформувати фокус-групи незадоволених пацієнтів. Передбачається, що такий підхід допоможе підвищити якість медичної допомоги з урахуванням персоніфікації при її наданні виокремленій групі хворих.

3. Наступні етапи клінічного аудиту – «Визначення способів вирішення проблеми» (у нашому випадку – персоніфікований вплив на задоволеність пацієнтів наданими медичними послугами), «Вплив безпосередньо на проблему» (у нашому випадку – зокрема, індивідуальне забезпечення підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами) і, нарешті, найважливіший, на нашу думку, етап – «Констатація змін, або ре-діагностика проблеми», передбачені нашими подальшими дослідженнями.

Література

1. Puri I, Hollingshead CM, Tadi P. Quality Improvement. 2023 Nov 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 32310557.
2. Pap R, Lockwood C, Stephenson M, Simpson P. Indicators to measure prehospital care quality: a scoping review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Nov;16(11):2192-2223. doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003742. PMID: 30439748.
3. Šinkovec H, Gall W, Heinze G. Cross-Sectoral Comparisons of Process Quality Indicators of Health Care Across Residential Regions Using Restricted Mean Survival Time. Med Care. 2024 Nov 1;62(11):748-756. doi: 10.1097/MLR.0000000000002057. Epub 2024 Oct 11. PMID: 39733232; PMCID: PMC11462882.
4. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;(6):CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3. PMID: 16625533.
5. Fawkes Carol. A Brief Introduction to Clinical Audit, National Council for the Osteopathic Research, 2012 <https://www.ncor.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/A-Brief-Introduction-to-Clinical-Audit.pdf>
6. Зіменковський АБ, Степаненко АВ, Єремєєва ТВ, Шибінський ВЯ. Сучасний міжнародний досвід клінічного аудиту (на прикладі університетського шпиталю St. George, університет Лондона, Велика Британія). Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2012. (1-2): 7-13.
7. Сміянов ВА. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2: 113–117.
8. Багдасарян ВС, Богомаз ВМ. Вступ до клінічного аудиту. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю. Новічкова ОМ., Росс Г. редактори. Київ. Представництво Європейської Комісії в Україні; 2009. С. 21–30.
9. Гутор Т, Зіменковський А. Результати проведених клінічних аудитів 2008 - 2023 років в урологічній практиці. AML [інтернет]. 26, Жовтень 2023 [цит. за 05, Лютий 2025];29(1-2):142–56. доступний у: <https://amljournal.com/index.php/journal/article/view/335>
10. Kinnear N, Herath M, Barnett D, Hennessey D, Dobbins C, Sammour T, Moore J. A systematic review of dedicated models of care for emergency urological patients. Asian J Urol. 2021 Jul;8(3):315–323. doi: 10.1016/j.ajur.2020.06.006. Epub 2020 Jun 26. PMID: 34401338; PMCID: PMC8356060.
11. Shahrz S, Shahin S, Farzi Y, Modirian M, Shahbal N, Azmin M, Mohebi F, Naderian M, Amin-Esmaceli M, Ahmadi N, Seyfi S, Zokaei H, Samadi R, Mohajer B, Sherafat-Kazemzadeh R, Balouchi A, Mesgarpour B, Parsaeian M, Gorgani F, Rahimi S, Saeedi Moghadam S, Khezrian M, Amin A, Baheshmat S, Beyranvand MR, Haghjoo M, Mahdavi-Mazdeh M, Mehrpour M,

Moradi G, Peiman S, Rahimi B, Rahimi-Movaghar A, Rikhtegar R, Roshani S, Saadatnia M, Samimi Ardestani SM, Khatibzadeh S. Iran Quality of Care in Medicine Program (IQCAMP): Design and Outcomes. Arch Iran Med. 2023 Mar 1;26(3):126–137. doi: 10.34172/aim.2023.21. PMID: 37543935; PMCID: PMC10685727.

12. Talavera JO. DIA-Person Integration Model to increase the quality of teaching, research and medical care. A person-oriented strategy. Gac Med Mex. 2022;158(4):242–248. English. doi: 10.24875/GMM.M22000683. PMID: 36256563.

References

1. Puri I, Hollingshead CM, Tadi P. Quality Improvement. 2023 Nov 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025Jan. PMID: 32310557 (in English).
2. Pap R, Lockwood C, Stephenson M, Simpson P. Indicators to measure prehospital care quality: a scoping review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Nov;16(11):2192–2223. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003742. PMID: 30439748 (in English).
3. Šinkovec H, Gall W, Heinze G. Cross-Sectoral Comparisons of Process Quality Indicators of Health Care Across Residential Regions Using Restricted Mean Survival Time. Med Care. 2024 Nov 1;62(11):748–756. doi: 10.1097/MLR.0000000000002057. Epub 2024 Oct 11. PMID: 39733232; PMCID: PMC11462882 (in English).
4. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;(6):CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3. PMID: 16625533 (in English).
5. Fawkes Carol. A Brief Introduction to Clinical Audit, National Council for the Osteopathic Research, 2012 <https://www.ncor.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/A-Brief-Introduction-to-Clinical-Audit.pdf> (in English).
6. Zimenkovs'kyi AB, Stepanenko AV, Eremeeva TV, Shibinsky VY. Suchasnyy mizhnarodnyy dosvid klinichnoho audytu (na prykladi universytet-s'koho shpytalyu St. George, universytet Londona, Velyka Brytaniya) Upravlinnya yakistyu medychnoyi ta farmatsevtichnoyi dopomohy. Klinichna farmatsiya, farmakoterapiya ta medychna standartyzatsiya. [Modern international experience of clinical audit (on the example of St. George's University Hospital, University of London, Great Britain) Quality management of medical and pharmaceutical care]. Clinical Pharmacy, Pharmacotherapy and Medical Standardization. 2012. 1-2: 7-13 (in Ukrainian).
7. Smiyarov VA. Osoblyvosti zastosuvannya vnutrishn'oho audytu v zakladakh okhorony zdorov'ya [Peculiarities of the application of internal audit in health care institutions] Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. 2013. 2:113–117 (in Ukrainian).
8. Bahdasaryan VYE, Bohomaz VM. Vstup do klinichnoho audytu. Rekomendatsiyi shchodo vdoskonalennya systemy upravlinnya yakistyu medychnoyi dopomohy v Ukrayini: instrumenty upravlinnya yakistyu [Introduction to clinical audit. Recommendations for improving the quality management system of medical care in Ukraine: quality management tools. Novichkova OM., Ross H. editors]. Kyiv. Representation of the European Commission in Ukraine; 2009. 21–30 (in Ukrainian).
9. Gutor T, Zimenkovsky A. Rezul'taty provedenykh klinichnykh audytiv 2008 - 2023 rokiv v urolohiichniy praktytsi. [Results of clinical audits applied in urology practice: systematic review from 2008 to 2023]. AML [Internet]. 2023Oct.26;29(1-2):142–56. Available from: <https://amljournal.com/index.php/journal/article/view/335> (in Ukrainian).
10. Kinnear N, Herath M, Barnett D, Hennessey D, Dobbins C, Sammour T, Moore J. A systematic review of dedicated models of care for emergency urological patients. Asian J Urol. 2021 Jul;8(3):315–323. doi: 10.1016/j.ajur.2020.06.006. Epub 2020 Jun 26. PMID: 34401338; PMCID: PMC8356060 (in English).
11. Shahrz S, Shahin S, Farzi Y, Modirian M, Shahbal N, Azmin M, Mohebi F, Naderian M, Amin-Esmaceli M, Ahmadi N, Seyfi S, Zokaei H, Samadi R, Mohajer B, Sherafat-Kazemzadeh R, Balouchi A, Mesgarpour B, Parsaean M, Gorgani F, Rahimi S, Saeedi Moghadam S, Khezrian M, Amin A, Baheshmat S, Beyranvand MR, Haghighi M, Mahdavi-Mazdeh M, Mehrpour M, Moradi G, Peiman S, Rahimi B, Rahimi-Movaghar A, Rikhtegar R, Roshani S, Saadatnia M, Samimi Ardestani SM, Khatibzadeh S. Iran Quality of Care in Medicine Program (IQCAMP): Design and Outcomes. Arch Iran Med. 2023 Mar 1;26(3):126–137. doi: 10.34172/aim.2023.21. PMID: 37543935; PMCID: PMC10685727 (in English).
12. Talavera JO. DIA-Person Integration Model to increase the quality of teaching, research and medical care. A person-oriented strategy. Gac Med Mex. 2022;158(4):242–248. English. doi: 10.24875/GMM.M22000683. PMID: 36256563 (in English).

Мета: проведення першого етапу КА – «Діагностика проблеми», у хворих урологічного профілю.

Матеріали і методи. Проведено опитування 405 респондентів – пацієнтів урологічних відділень лікарень міста Львова. У роботі застосовано соціологічний метод, методи системного підходу, структурно-логічного та медико-статистичного аналізу.

Результати. У результаті проведеного першого етапу клінічного аудиту – «Діагностика проблеми», у пацієнтів урологічного профілю встановлено, що майже 10 % пацієнтів не задоволені наданими медичними послугами: недостатній комплекс лабораторних та інструментальних досліджень (9,14 %), не отримали вичерпної інформації про результати виконаних їм досліджень (4,69 %), не були залучені до ухвалення рішення щодо призначеного їм лікування (7,16 %), отримане лікування не усунуло основної причини звернення по медичну допомогу (2,72 %), у 3,95 % хворих не було відчуття довіри до лікаря-кура-тора, впевненості в його діях.

Висновки. Результати першого етапу клінічного аудиту дали змогу виокремити та сформувати фокус-групи незадоволених пацієнтів з більш детальним дослідженням моральних, етичних і фінансових аспектів медичного обслуговування. Передбачається, що такий підхід допоможе підвищити якість медичної допомоги з урахуванням персоніфікації під час її надання виокремленій групі хворих.

Ключові слова: клінічний аудит, якість медичної допомоги, фокус-група, анкетування, задоволеність.

Purpose. To conduct the first stage of clinical audit (CA) – "Problem Diagnosis" among urology patients.

Materials and methods. A survey was conducted among 405 respondents, patients of Lviv hospitals' urology departments. The study employed a sociological method, as well as methods of systematic approach, structural and logical, and medical and statistical analysis.

Results. As a result of the first stage of the clinical audit – "Problem Diagnosis", conducted among urology patients, it was established that nearly 10% of patients were dissatisfied with the medical services provided. The main concerns included: insufficient scope of laboratory and instrumental examinations (9.14 %), lack of comprehensive information about their test results (4.69 %), lack of involvement in decision-making regarding the treatment they were prescribed (7.16 %), the treatment they received did not eliminate the primary reason for seeking medical care (2.72 %), and lack of trust and confidence in the attending physician and their actions (3.95 %).

Conclusions. The results of the first stage of the clinical audit made it possible to identify and form focus groups of dissatisfied patients for a more in-depth study of the moral, ethical, and financial aspects of their medical care. It is assumed that this approach will improve the quality of medical services by incorporating personalization in healthcare delivery for the identified patient group.

Key words: clinical audit, quality of medical care, focus group, survey, patient satisfaction.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Гутор Тарас Григорович – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Зелена, 12, м. Львів, Україна, 79010.

taras_gutor@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-3754-578X.

Зіменковський Андрій Борисович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту в охороні здоров'я, фармакотерапії та клінічної фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Миколайчука, 11, м. Львів, Україна, 79059.

azimenkovsky@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-9649-293X.

Стаття надійшла до редакції 20.01.2025

Дата першого рішення 23.01.2025

Стаття подана до друку 25.02.2025