

Бідучак А.С.

Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Biduchak A.S.

Assessment of population satisfaction with the attitude of medical personnel in conflict situations

Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine

biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила первинну ланку медичної допомоги основним інструментом для вирішення завдання досягнення «здоров'я для всіх» і фундаментом усієї системи медичного обслуговування, а центральною фігурою первинної ланки – лікаря загальної практики / сімейного лікаря [1, с. 5].

У жовтні 2017 р. в Україні розпочалась медична реформа, в якій відповідно до Закону України № 6327 держава гарантує повну оплату коштом держбюджету України необхідних медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, а також супроводу вагітності та пологів [3]. У квітні 2018 р. розпочався перший етап реформи, який передбачав підписання декларацій між пацієнтами і сімейними лікарями та можливість пацієнту самостійно обирати лікаря [4].

Задоволеність пацієнта – чи то системою охорони здоров'я, чи то медичною допомогою – в пострадянських суспільствах часто вважалася суб'єктивною оцінкою, яка не враховується під час розробки політики охорони здоров'я. Однак виявлення частки пацієнтів, які задоволені медичною допомогою, та відстеження динаміки показника в часі є одним із доказів наближення системи охорони здоров'я до потреб пацієнтів.

Задоволеність охороною здоров'я є невіддільною частиною оцінювання діяльності систем охорони здоров'я в країнах, наприклад, Європейського Союзу, а також у Канаді, США, Австралії та ін. Задоволеність розглядається як складник чутливості (responsiveness) системи охорони здоров'я до потреб населення і пацієнтів та є важливим (якщо не основним) складником оцінювання якості надання медичної допомоги [6].

У Сполучених Штатах Америки, Канаді, Австралії, Норвегії тощо оцінювання задоволеності медичними послугами стало важливим у 50-60-х роках ХХ століття, коли охорона здоров'я набула рис ринку, «гроші стали йти за пацієнтом», і на додачу пацієнт став розглядатися здебільшого як споживач – більш активний суб'єкт, залучений до прийняття рішень щодо діагностики та лікування, відповідальний за власне здоров'я [10; 12; 13]. Отже, зворотний зв'язок у вигляді думки споживача, його очікувань, пререференцій та виборів, як і задоволеності сервісом, набув неабиякого значення. Деякі автори навіть стверджують, що очікування та цінності клієнта виключно мають бути враховані для оцінювання роботи надавача медичної допомоги [9].

Серед критеріїв якості медичної допомоги населенню важливу роль відводять суб'єктивній оцінці самих пацієнтів різних аспектів медичного обслуговування [2]. З цією метою проведено медико-соціологічне дослідження, участь в якому взяли респонденти – жителі м. Чернівці та Чернівецької області віком від 18 років і старші. Учасникам запропоновано проаналізувати переваги і недоліки отриманих ними медичних послуг, дати загальну оцінку цим послугам, висловити власну думку стосовно можливості покращення обслуговування населення у медичних закладах на рівні первинної ланки.

Загалом, як підкреслюється в систематичному огляді досліджень із задоволеності [7], задоволеність має дві основні групи детермінант: по-перше, це характеристики індивіда як споживача медичної допомоги, що включають соціально-демографічні фактори, стан здоров'я та очікування, вірування, цінності та досвід, і, по-друге, стимули надання медичної допомоги, а саме: фізичне оточення, організаційні аспекти допомоги та ставлення й вигляд медичного персоналу. Щодо соціально-демографічних особливостей, то найчастіше результати досліджень показують більшу задоволеність серед людей старшого віку, менш освічених та тих, які мають хороше здоров'я. Натомість особливості атрибутів медичної допомоги, які сприяють

більшій задоволеності, є такими: надавач медичної допомоги вміє вислухати, надає інформацію та зворотний зв'язок, його поведінка підкреслює залученість пацієнта до прийняття рішень.

Утім, дослідження задоволеності часто піддаються нищівній критиці через недосконалу методологію. Детальніше: концепт «задоволеність пацієнта» вважають суб'єктивним, до того ж йому бракує однозначного розуміння [10]. Як зазначає Б. Вільямс (B. Williams), «достатньо багато припущень робиться стосовно того, що пацієнти власне розуміють, коли говорять, що вони задоволені» [8]. Так, задоволення як міра якості критикується через те, що у споживачів медичної допомоги є попередній досвід та очікування, відштовхуючись від яких вони й надають свою оцінку. Однак у відповідь на цілий спектр критики дослідники пропонують нові підходи до вивчення задоволеності з інтеграцією попередніх очікувань та досвіду пацієнтів: створюються шкали, покликані відокремити відчуття респондента від оцінки атрибутів надання медичної допомоги (наприклад, час очікування в черзі, час, витрачений на дорогу до закладу) [7].

Попри критичні зауваження, задоволеність системою охорони здоров'я чи певними медичними послугами нерідко включена в різноманітні індекси охорони здоров'я, які покликані порівнювати системи охорони здоров'я різних країн [5] або ж одну систему протягом тривалого часу [11]. Більше того, у світі з кожним роком зростає кількість досліджень, які вивчають ті чи інші аспекти задоволення споживача медичною послугою, наприклад: задоволеність пацієнтів консультаціями на первинній ланці [1; 4], задоволеність пацієнтів, які мають різноманітні діагнози [7; 13], тощо. Однак рідкісні емпіричні знахідки показують, що у світі посткомуністичні країни демонструють найменший рівень задоволення як своїм життям, так і системами охорони здоров'я [4; 8]. Порівняння, наприклад, задоволеності різними типами послуг, яке було здійснено у 2010 р., показує, що в країнах Європи та Центральної Азії найменший відсоток задоволених державними медичними послугами належить Україні, за якою слідує Албанія, Азербайджан, Македонія та Монголія, а найбільший відсоток задоволених – у Туреччині, Естонії та Грузії [9; 11]. Також найбільшою проблемою в медичному обслуговуванні вважаються довгі черги, нестача ліків, оплата на вимогу лікаря та неповага з боку лікаря, і меншою мірою називаються такі атрибути, як «заклади не

є чистими» та «часта необгрунтована відсутність лікаря на робочому місці».

Мета дослідження – визначити рівень задоволеності населення м. Чернівці та Чернівецької області медичним обслуговуванням у медичних закладах у разі виникнення конфліктних ситуацій.

Матеріали і методи

Основним завданням дослідження було визначення ступеня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги на рівні первинної ланки. Дослідження проводили шляхом анкетування. У вибірку включено 1146 осіб віком 18-56 років і старших – жителів м. Чернівці та Чернівецької області.

Результати дослідження та їх обговорення

В опитуванні взяли участь 1146 респондентів, із них 544 (47,5%) чоловіків та 602 (52,5%) жінок. Основні характеристики респондентів представлені в табл. 1.

Близько 96,9% учасників підписали декларацію із сімейним лікарем, та лише 3,1% не укладали договір; 60% респондентів уклали договір із лікарем у державній амбулаторії за місцем проживання; 20% обрали лікаря в амбулаторії не за місцем проживання; 16,2% підписали декларацію з лікарем у приватному медичному центрі; 3,8% не визначилися з вибором спеціаліста. Протягом останніх трьох років 24,6% респондентів звертались до сімейного лікаря рідше одного разу на рік. За останні три роки 28,5% респондентів звертались до сімейного лікаря в середньому 1-2 рази на рік; 41,5% звертаються до лікаря частіше, ніж 1-2 рази на рік, а 5,4% відвідують свого сімейного лікаря не рідше одного разу на місяць.

Респонденти проаналізували свій останній візит до сімейного лікаря, оцінили організацію роботи медичного закладу, ефективність призначеного лікування та загальне враження від отриманих медичних послуг.

Оцінюючи задоволеність пацієнтів (табл. 2), спостерігаємо, що найбільшу групу (42,5%) становлять респонденти, частково задоволені як санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі, ставленням медичного персоналу, так і результатами надання

Таблиця 1

Віко-статевий-територіальний розподіл респондентів

Вік/стать	чоловіки				жінки			
	місто		село		місто		село	
Територія мешкання	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
18-35 років	73	25,9	49	18,7	113	34,5	37	13,5
36-55 років	112	39,7	109	41,6	119	36,3	119	43,4
56 і старше	97	34,4	104	39,7	96	29,3	118	43,1
Всього	282	100	262	100	328	100	274	100

медичної допомоги. Найменший відсоток опитаних (4,2%) склала група дуже задоволених пацієнтів, практично в 2 рази перевищує група, навпаки, дуже не задоволених (8,6%), причому саме незадоволеність санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі майже в 2 рази (13,2%) перевищила незадоволеність ставленням медичного персоналу та результатами лікування. Практично однакові результати ми отримали щодо незадоволених (23,4%) та задоволених (21,3%) респондентів.

Незважаючи на те, що на момент проведення дослідження реформування первинної ланки повністю завершилося і пацієнти повною мірою могли користуватися системою попереднього електронного запису до свого сімейного лікаря, однією з найбільших претензій, які пред'являли респонденти, було довге очікування у черзі до лікаря. Так, майже половині респондентів (43,5%) довелося очікувати в черзі 30-40 хв.; 23,1% – очікували до 15 хв.; 22,9% – годину та 10,6% – більше години, що, напевне, пов'язано зі звичкою відвідувати сімейного лікаря без попереднього запису.

Ще одне питання, яке ми досліджували, пов'язане з наявністю, причинами та видами конфліктів у медичній сфері. Сьогодні медичну допомогу сприймають насамперед як послугу, яку заклад охорони здоров'я надає пацієнтові. Тому цілком логічно, що пацієнт, прийшовши на консультацію або розпочинаючи лікування, має певні очікування, тобто створює ідеалізований образ лікаря та лікувального процесу загалом. Майже половина опитаних респондентів (47,3%) не мали жодних конфліктів з медичними працівниками, 29,1% мали конфлікт із середнім медичним персоналом, 18,7% – з лікарями й лише 4,9% – із самим медичним закладом. Серед основних причин виникнення конфліктних ситуацій пацієнти називали такі: недостатнє спілкування та увага з боку медичних працівників, незадоволеність якістю медичної допомоги, професійна некомпетентність медичного персоналу, грубість та нечемність медичного персоналу, прояви корупції та інше (рис. 1).

Отже, як видно з графіку, усі вікові групи найчастішою причиною конфлікту називають грубість та нечемність медичного персоналу (30,8%), на друге місце респонденти ставлять професійну некомпетентність медичного персоналу (21,4%), на третьому місці практично з такими ж показниками (20,2%) – незадоволеність якістю медичної допомоги, всупереч очікуванням прояви корупції тільки на четвертому (16,1%), п'яте місце посіло (11,0%) недостатнє спілкування та увага, й на останньому місці (0,6%) – інші причини, причому найактивнішою виявилась вікова група 36-55 років. Аналізуючи обставини, за яких трапляються конфлікти між пацієнтом та лікарем, більшість респондентів (42,6%) зазначають погіршення стану пацієнта, 30,9% опитаних вважають, що під час чергування і надання екстреної медичної допомоги пацієнту, 25,9% – під час пояснення плану лікування та 0,6% – за інших обставин.

Конфлікти в медичних організаціях завжди існували та будуть існувати. Тому питання способів вирішення конфліктних ситуацій є актуальними й сьогодні. У межах юрисдикційних форм захисту прав людини у сфері охорони здоров'я виділяють традиційні та альтернативні способи вирішення конфліктів. До традиційних можемо віднести: судові та позасудові. Позасудові, своєю чергою, поділяються на: звернення до керівника лікувальної установи (усне й письмове); звернення до органу управління охорони здоров'я; допомога незалежних громадських організацій і професійних асоціацій; скарга в органи прокуратури та інші [3]. Більш доречним, на нашу думку, є застосування альтернативних способів вирішення спорів, які є досить популярними та широко застосовуються в країнах Європи, США, Канади, Австралії та інших державах. В Україні альтернативні способи вирішення спорів починають тільки набирати популярності, спираючись на зарубіжний досвід [4]. Альтернативні способи вирішення спорів налічують велику кількість видів розв'язання спорів, але нас цікавлять ті, які можна застосувати до медичних правовідносин, а саме:

Таблиця 2

Оцінка задоволеності населення медичним обслуговуванням

Градація	Задоволеність ставленням медичного персоналу (%)			Задоволеність санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі (%)			Задоволеність результатами надання медичної допомоги (%)		
	18-35 років	36-55 років	56 і старші	18-35 років	36-55 років	56 і старші	18-35 років	36-55 років	56 і старші
Дуже не задоволений(а)	5,5	5,9	5,5	10,3	13,7	14,5	3,7	8,3	7,5
Незадоволений(а)	13,6	21,6	25,3	25,7	29,2	29,9	13,6	20,3	25,8
Частково задоволений(а)	50,0	42,0	44,3	45,6	37,3	36,4	47,8	42,3	42,9
Задоволений(а)	28,3	27,2	19,5	14,7	16,6	14,5	30,9	24,4	18,6
Дуже задоволений(а)	2,6	3,3	5,3	3,7	3,3	4,8	4,0	4,8	5,3

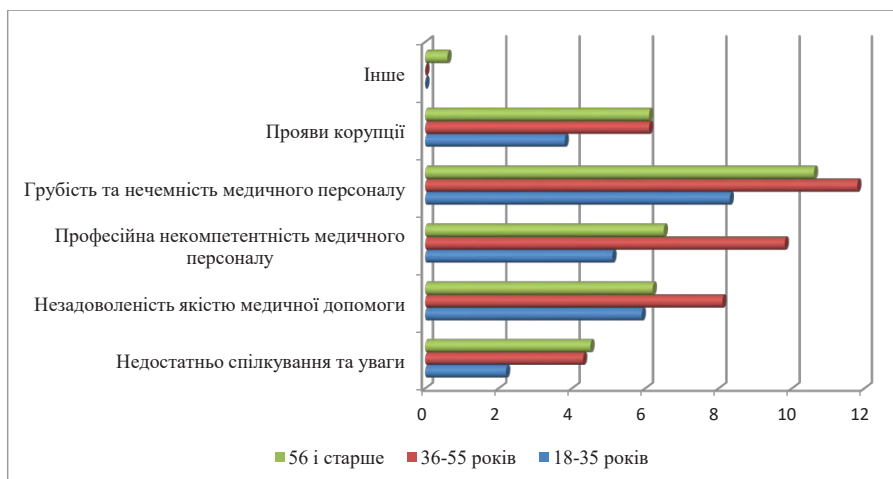


Рис. 1. Результати відповідей респондентів на запитання «Вкажіть основні причини виникнення конфлікту в медицині»

1) переговори – врегулювання спору безпосередньо сторонами без участі інших осіб;

2) посередництво – врегулювання спору за допомогою незалежного нейтрального посередника, який сприяє досягненню сторонами згоди;

3) медіатор – розв'язання спору за допомогою незалежної нейтральної особи – арбітра, який виносить обов'язкове для сторін рішення.

У нашому дослідженні конфлікт з медичним працівником в судовому порядку вирішувався лише у 2,7%, решта (97,3%) респондентів вирішували конфліктні ситуації у досудовому порядку, причому за допомогою переговорів – 40,8%, претензій – 31,5%, скарг – 23,7% та медіатора 1,4%. Нині більшість опитаних надають перевагу альтернативним способам вирішення конфлікту, тому що третейський розгляд дає можливість насамперед мирного врегулювання спору, досягнення сторонами спору мирової угоди та збереження нормальних відносин між сторонами спору.

Серед найбільш прийнятних способів вирішення наслідків конфлікту (рис. 2) респонденти називають: ведення боротьби до повної перемоги, задоволення інтересів і домагань іншої сторони, слабшання конфлікту за рахунок природного згасання, знаходження компромісу, знаходження взаємовигідних варіантів.

Як видно, найкращий спосіб вирішення конфлікту, на думку респондентів, це знаходження компромісу (40,9%), трохи поступається за кількістю, але дуже схожий за своїм призначенням – знаходження взаємовигідних варіантів розв'язання конфліктів (21,1%), серединне положення займає ведення боротьби до повної перемоги (14%), задоволення інтересів протилежної сторони – 12,8%, слабшання конфлікту за рахунок природного згасання – 10,8%.

Нині пацієнти добре обізнані зі своїми правами, а тому не бояться відстоювати їх у суді. Однак конфлікт між пацієнтом та лікарем завжди передують серйозному судовому позову, який врешті-решт може вщент зруйнувати репутацію закладу охорони здоров'я. Основним

регулятором конфліктних відносин згідно із Законом України від 02.10.96 р. № 394/96-ВР «Про звернення громадян» між лікарем та пацієнтом сьогодні виступає держава (рис. 3).

Більшість респондентів (40,0%) вважають, що держава «швидше погано, ніж добре» виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом, трохи менше опитаних (33,9%), навпаки, впевнені у виконанні своїх обов'язків державою «швидше добре, ніж погано», 18,8% категорично заявляють про «дуже погане» виконання органами влади обов'язків у конфліктних ситуаціях «лікар-пацієнт», найменша ж кількість опитаних (7,5%) виконання таких обов'язків оцінюють як «дуже добре», причому для найбільш зрілої працездатної групи (36-55 років) цей показник зовсім мінімальний – 1,3%.

Для України такі результати є очікуваними, адже система охорони здоров'я вже тривалий час перебуває у стані реформування, причому з кожною зміною влади змінюється і концепція реформування. Така невизначеність призводить до того, що в умовах зміненого загального соціально-політичного контексту принципи роботи закладів охорони здоров'я, їхні цілі та принципи фінансування лишаються практично незмінними, однак з кожним роком держава все більше перекладає фінансування медицини на плечі пацієнтів – у 2015 р. зафіксовано найвищу частку приватних витрат на охорону здоров'я порівняно з попередніми роками. Різні дослідження [3; 7; 11; 13] демонструють пошуки пацієнтами альтернативних шляхів задоволення потреби в медичному обслуговуванні: звернення до нетрадиційної медицини, самолікування, медичні консультації в мережі Інтернет тощо.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження пов'язані з вивченням впливу конфліктів на задоволеність та якість надання медичної допомоги в системі «лікар-пацієнт»

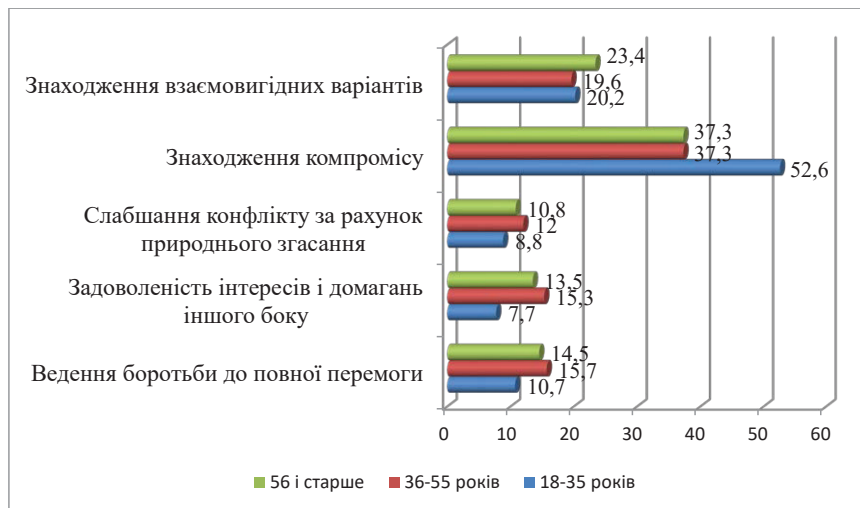


Рис. 2. Результати відповідей респондентів на запитання «Які наслідки конфлікту є найбільш прийнятними для Вас?»

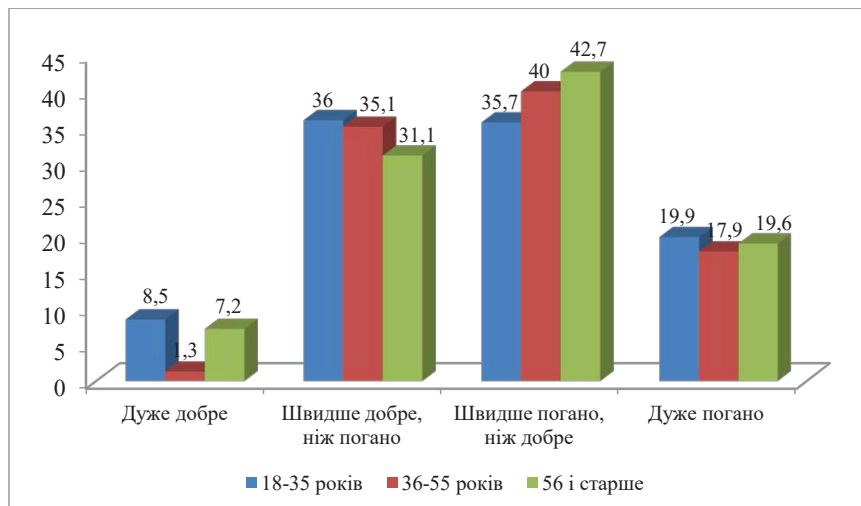


Рис. 3. Результати відповідей респондентів на запитання «Наскільки добре, на Вашу думку, держава сьогодні виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом?»

з наступною розробкою алгоритмів урегулювання та моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній установі.

Висновки

Практично половина респондентів (42,5%) дала нейтральну загальну оцінку якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки (оцінка «Частково задоволений(а)»); позитивну оцінку дали лише 25,5% респондентів (оцінка «Задоволений(а)» та «Дуже задоволений(а)»); 32% висловились негативно (оцінки «Не

задоволений(а)» та «Дуже незадоволений(а)») стосовно якості отриманих медичних послуг.

Серед труднощів, з якими стикаються пацієнти, звертаючись до сімейного лікаря, найпоширенішими є довгі черги на прийом до лікаря, некомфортні зони очікування та незручний графік прийому.

Серед пропозицій щодо покращення якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки респонденти акцентували увагу на ширшому впровадженні новітніх технологій та можливості записуватись на прийом і контактувати з лікарем через мережу Інтернет.

Література

1. Асанова А, Хаустова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2018 [цитовано 27 черв 2023];3(3): e0303125. Доступно на: http://ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/1055/1/Typovi_syt.pdf. doi: 10.26766/pmgp.v3i3.125
2. Возняк О. Правові аспекти захисту прав пацієнтів у випадку надання неякісної медичної допомоги психіатрами. Вища школа. 2019;5:78-96.

3. Ганжа Ю, Шкарівська І. Лікар VS пацієнт: на чиєму боці правда? Управління закладом охорони здоров'я. 2019;2:17-21.
4. Герасімчук ТС. Взаємодія лікар – пацієнт. У: Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині); 20-21 лют. 2020; Запоріжжя. Запоріжжя; 2020. с. 15-6.
5. Герц АА. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг [дисертація]. Львів; 2016. 421 с.
6. Кацьора ОВ, Новосад КЯ. Врегулювання конфліктів та медіація. Ужгород; 2022. 55 с.
7. Копіна А, Калениченко Т. Результати опитування щодо розуміння конфліктів та способів їх подолання всередині державних установ в 2021 році. НАДС, 2021. Київ: ОБСЄ Координатор проектів в Україні; 2022. 14 с.
8. Невінська ЛМ, Кульчицький ВЙ. Роль медичного працівника як медіатора у врегулюванні конфліктів. Медсестринство. 2019;4:35-7. doi: 10.11603/2411-1597.2019.4.10836
9. Остапчук Д. Шляхи запобігання та розв'язання організаційних конфліктів. Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. 2017;2:94-7.
10. Савичук ОВ, Зайцева ЄМ, Шаповалова ГІ. Відносини в медичних колективах – «лікар-лікар». Аспекти виникнення конфлікту, шляхи вирішення. In: Proceedings of the iv international scientific and practical conference Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences; 2021 Oct 29; Cambridge, UK. Cambridge; 2021. p. 86-8. doi: 10.36074/logos-29.10.2021.v2.25
11. Степурко ТГ. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. Наукові записки Національного університету «Києво-Могилянська академія». Серія: Соціологічні науки. 2016;187:82-9.
12. Телегіна ДМ, Цимбал АВ, Шевчук ОА. Соціальні аспекти профілактики конфліктів в організації. Актуальні проблеми економіки та управління. 2020;14:1-7.
13. Чубко ОБ. Конфліктні ситуації у роботі лікаря як одна з причин професійного вигорання. НейроNews. Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2015;8:10-1.

References

1. Asanova A, Khaustova O. Typovi skladni sytuatsiyi u vzayemodiyi likar-patsiyent v zalezhnosti vid osobystisnykh osoblyvostey i psykhichnoho stanu reahuvannya patsiyenta. Psykhosomatychna medytsyna ta zahal'na praktyka [Internet]. 2018 [tsytovano 2023 Cher 27];3(3):e0303125. Dostupno: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/1055/1/Typovi_syt.pdf. doi: 10.26766/pmgr.v3i3.125. [In Ukrainian].
2. Voznyak O. Pravovi aspekty zakhystu prav patsiyentiv u vypadku nadannya neyakisnoyi medychnoyi dopomohy psykhiatramy. Vyscha shkola. 2019;5:78-96. [In Ukrainian].
3. Hanzha YU, Shkariv'ska I. Likar VS patsiyent: na chyyemu botsi pravda? Upravlinnya zakladom okhorony zdorov'ya. 2019;2:17-21. [In Ukrainian].
4. Herasimchuk T-S. Vzayemodiya likar – patsiyent. V: Materialy I vseukr. nauk.-prakt. konf. Sotsial'no-etychni ta deontologichni problemy suchasnoyi medytsyny (nemedychni problemy v medytsyni); 2020 Lyut 20-21; Zaporizhzhya. Zaporizhzhya; 2020, s. 15-6. [In Ukrainian].
5. Herts AA. Dohovirni zobov'yazannya u sferi nadannya medychnykh posluh [dysertatsiya]. L'viv; 2016. 421 s. [In Ukrainian].
6. Kats'ora OV, Novosad KYA. Vrehulyuvannya konfliktiv ta mediatsiya. Uzhhorod; 2022. 55 s. [In Ukrainian].
7. Kopina A, Kalenychenko T. Rezul'taty opytuvannya shchodo rozuminnya konfliktiv ta sposobiv yikh podolannya vsередyni derzhavnykh ustanov v 2021 rotsi. NADS, 2021. Kyiv: OBSYE Koordynator proektiv v Ukrayini; 2022. 14 s. [In Ukrainian].
8. Nevins'ka LM, Kul'chys'kyi VY. Rol' medychnoho pratsivnyka yak mediatora u vrehulyuvanni konfliktiv. Medsestrynstvo. 2019;4:35-7. Dostupno na: doi: 10.11603/2411-1597.2019.4.10836 [In Ukrainian].
9. Ostapchuk D. Shlyakhy zapobihannya ta rozv'yazannya orhanizatsiynykh konfliktiv. Visnyk Kyivys'koho instytutu biznesu ta tekhnolohiy. 2017;2:94-7. [In Ukrainian].
10. Savychuk OV, Zaytseva YEM, Shapovalova HI. Vidnosyny v medychnykh kolektyvakh – «likar-likar». Aspekty vynyknennya konfliktu, shlyakhy vyrishennya. In: Proceedings of the iv international scientific and practical conference Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences; 2021 Oct 29; Cambridge, UK. Cambridge; 2021, p. 86-8. doi: 10.36074/logos-29.10.2021.v2.25 [In Ukrainian].
11. Stepurko TH. Zadovolenist' dostupnistyu ta yakisty medychnoyi dopomohy v Ukrayini, Pol'shchi ta Uhorshchyni. Naukovi zapysky Natsional'noho universytetu «Kyievo-Mohylyans'ka akademiya». Seriya: Sotsiolohichni nauky. 2016;187:82-9. [In Ukrainian].
12. Telyehina DM, Tsymbal AV, Shevchuk OA. Sotsial'ni aspekty profilaktyky konfliktiv v orhanizatsiyi. Aktual'ni problemy ekonomiky ta upravlinnya. 2020;14:1-7. [In Ukrainian].
13. Chubko OB. Konfliktni sytuatsiyi u roboti likarya yak odna z prychyn profesynoho vyhorannya. NeuroNews. Psykhonevrolohiya ta neyropsykhiatriya. 2015;8:10-1. [In Ukrainian].

Мета – визначити рівень задоволеності населення м. Чернівці та Чернівецької області медичним обслуговуванням у медичних закладах у разі виникнення конфліктних ситуацій.

Матеріали і методи. Основним завданням дослідження було визначення ступеня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги на рівні первинної ланки. Дослідження проводили шляхом анкетування. У вибірку включено 1146 осіб віком 18 років і старших – жителів м. Чернівці та Чернівецької області.

Результати. Практично половина респондентів (42,5%) дала нейтральну загальну оцінку якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки (оцінка «Частково задоволений(а)»). Позитивну оцінку дали лише 25,5% респондентів (оцінка «Задоволений(а)» та «Дуже задоволений(а)»); 32% висловились негативно (оцінки «Не задоволений(а)» та «Дуже незадоволений(а)») стосовно якості отриманих медичних послуг. Учасники опитування проаналізували свій останній візит до

їхнього сімейного лікаря. Серед труднощів, з якими стикалися пацієнти під час звернення до сімейного лікаря, найпоширенішими є довгі черги на прийом до лікаря, некомфортні зони очікування та незручний графік прийому. На думку респондентів, для покращення якості надання медичної допомоги в медичних закладах можна зробити таке: надати можливість онлайн-запису до лікаря та отримання попередньої консультації за допомогою відеозв'язку; узгодити графіки прийому сімейних лікарів, вузьких спеціалістів та робочі години лабораторії, можливість здати аналізи безпосередньо в амбулаторії, збільшити кількість медичного персоналу, покращити матеріально-технічні умови. Даючи загальну оцінку якості медичної допомоги на рівні первинної ланки, 11,5% респондентів вибрали варіант «дуже добре»; 40% – «добре»; задовільною якістю медичних послуг вважають 36,9% опитаних; незадовільною – 6,2% та абсолютно незадовільною – 5,4% опитаних.

Висновки. Більшість респондентів дала позитивну загальну оцінку якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки. На думку респондентів, поліпшити якість послуг можна шляхом ширшого використання технологій для покращення комунікації між медичним закладом та пацієнтами (наприклад, можливість онлайн-запису на прийом та контакту з лікарем за допомогою відеозв'язку).

Ключові слова: конфлікт у медицині, причини конфлікту, задоволеність населення, якість надання медичної допомоги.

Purpose is to determine the level of satisfaction of the population with medical care in medical institutions in the event of conflict situations among the population of Chernivtsi and Chernivtsi region.

Materials and methods. The main objective of the study was to determine the degree of patient satisfaction with the quality of medical care at the primary level. The research was conducted by means of an electronic questionnaire. The sample includes 1,146 people aged 18-56 and older, residents of Chernivtsi and Chernivtsi region.

Results. Almost half of the respondents (42,5%) gave a neutral overall assessment of the quality of the provision of medical services at the primary level («Partially satisfied» assessment). Only 25,5% of respondents gave a positive assessment («Satisfied» and «Very satisfied»); 32% spoke negatively («Not satisfied» and «Very dissatisfied») regarding the quality of the medical services received. Survey participants were asked to review their most recent visit to their family doctor. Among the difficulties that patients face when visiting a family doctor, the most common are long lines for appointments with doctors, uncomfortable waiting areas and inconvenient appointment schedules. According to the respondents, the following can be done to improve the quality of medical care in medical institutions: provide the opportunity to make an online appointment with a doctor and receive a preliminary consultation using video communication, coordinate the appointment schedules of family doctors, narrow specialists and the working hours of the laboratory, the opportunity to pass tests directly in the dispensary, increase the number of medical personnel, improve the material and technical conditions of the dispensaries. Giving an overall assessment of the quality of medical care at the primary level, 11,5% of respondents rated it as «very good», 40% chose the option «good». The quality of medical services is considered satisfactory by 36,9% of respondents, unsatisfactory by 6,2% and completely unsatisfactory by 5,4%.

Conclusions. The majority of respondents gave a positive overall assessment of the quality of medical services at the primary level. According to the respondents, it is possible to improve the quality of services through the wider use of technologies to improve communication between the primary care institution and patients (for example, the possibility of online appointment and contact with the doctor using video communication).

Key words: conflict in medicine, causes of conflict, population satisfaction, quality of medical care.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Бідучак Анжела Степанівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету; пл. Театральна, 2б, м. Чернівці, Україна, 58002.

biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3475-1497