

Д.К. РАХИМБЕКОВА, Г.Т. ДОСБЕРДИЕВА, Е.К. ОРМАНОВ
 Казахский Медицинский университет непрерывного образования
 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
 Главный врач областной стоматологической поликлиники ЮКО

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ ГРУПП КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В статье приведены результаты удовлетворенности пациентов социально уязвимых групп качеством стоматологической помощи, полученные при анонимном анкетировании пациентов Южно-Казахстанской областной стоматологической поликлиники.

Ключевые слова: социально уязвимые группы населения, удовлетворенность качеством стоматологической помощи.

Актуальность. В Казахстане в настоящее время приватизировано более 85% стоматологических организаций. Развитие стоматологической службы в условиях рыночных отношений дало ощутимый импульс к более качественному оказанию стоматологической помощи населению за счет переоснащения стоматологических организаций, а также внедрения новейших технологий и материалов. Южно-Казахстанская область является одним из самых густонаселенных регионов республики, в этой связи является актуальной оценка качества стоматологической помощи и разработка предложений по оптимизации деятельности стоматологической помощи социально незащищенным слоям населения [1-6].

Одним из основных критериев качества медицинской помощи является изучение удовлетворенности пациентов.

Цель – провести социологическое исследование удовлетворенности населения социально уязвимых групп качеством стоматологической помощи.

Задачи:

– дать социально-гигиеническую характеристику социально-уязвимых групп населения, обратившимся за стоматологической помощью, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в 2014 году;

– определить факторы, влияющие на качество стоматологической помощи с точки зрения пациентов.

Материалы и методы исследования

В социологическом исследовании приняли участие пациенты социально-уязвимых групп: пенсионеры, родители детей до 12 лет, подростки до 18 лет, обратившиеся за стоматологической помощью в областную стоматологическую поликлинику г. Шымкента в 2014г. в рамках ГОБМП. Исследование ставило целью изучение потребности в различных видах стоматологической помощи и удовлетворенности указанных контингентов пациентов качеством стоматологического обслуживания.

Расчет необходимого числа единиц в выборочной совокупности был проведен по формуле [7-9]:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}$$

где: n - объем выборочной совокупности;

t - доверительный коэффициент, равный 2 (при доверительной вероятности 95%);

p - доля изучаемого признака в общей совокупности;

q - добавление к показателю p, равное 1-p;

Δ - предельная ошибка выборки (точность исследования).

При 95%-ном доверительном интервале объем репрезентативной выборки составил 383 человека. Анкетированием было охвачено 389 пациентов.

Анкета для опроса пациентов включала следующие разделы:

- 1) демографические характеристики (пол, возраст);
- 2) причины обращения за стоматологической помощью,

- 3) оценку удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи.

Результаты и их обсуждение.

Согласно отчетным данным в 2014 году за стоматологической помощью обратились 212320 пациентов, распределение пациентов представлено на рисунке 1.

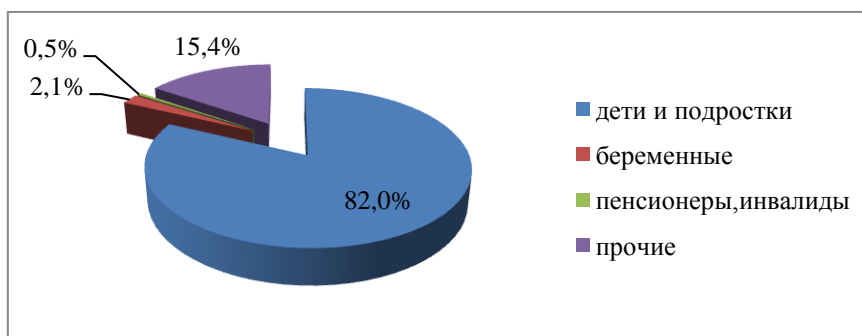


Рисунок 1 - Структура пациентов областной стоматологической поликлиники

Таким образом, подавляющую часть пациентов составили дети и подростки – 82%. Доля пенсионеров и инвалидов составила менее одного процента (0,5%).

Из опрошенных респондентов (n=389) доля детей и подростков до 18 лет составила 46,2%, доля лиц пенсионного возраста составила 53,8%. Средний возраст детей и подростков составил 13,9 лет (Q1=1; Q3=18). Самую

большую группу составили дети 11-15 лет (52%), а вторую по численности – подростки 16-18 лет (33%). Доля мальчиков составила 44%, доля девочек составила 56%. Средний возраст лиц пенсионного возраста составил 67 лет (Q1=60; Q3=79), доля мужчин составила 55%, женщин – 45%.

Более половины всех респондентов не смогли попасть к врачу в тот же день (56%). Подавляющее большинство пациентов обратились к стоматологу по поводу заболевания

(83,4%), доля профилактических визитов составила 10%, диспансерное наблюдение – 1% - рисунок 2.

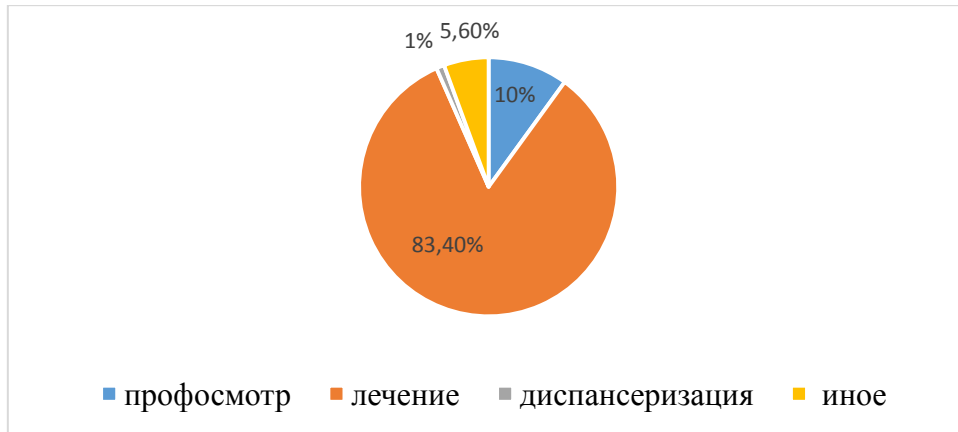


Рисунок 2 - Распределение визитов к стоматологу по цели посещения

50% пациентов обратились к стоматологу по поводу лечения зубов и десен, 26% для удаления зуба,

9% по поводу исправления зубов и прикуса – рисунок 3.

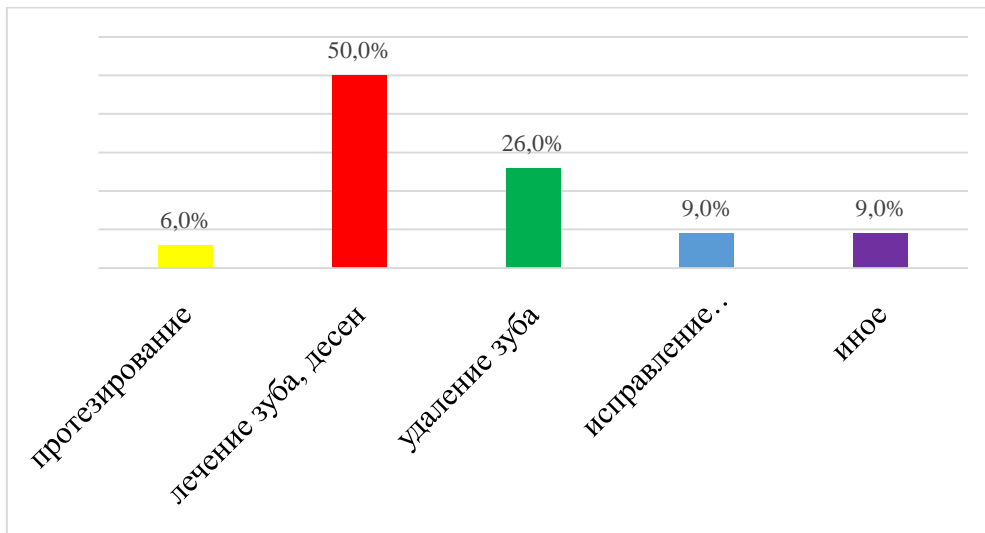


Рисунок 3 - Цель посещения стоматолога

Установлена статистически значимая взаимосвязь между целями посещения стоматолога и возрастом пациентов – $\chi^2=478,3$ $p=0.0001$.

заболевания пародонта (25%), на третьем месте – проблемы, обусловленные отсутствием зубов и протезами (30%) – рисунок 4.

В структуре стоматологической заболеваемости у всех респондентов преобладал кариес – 35%, на втором месте –

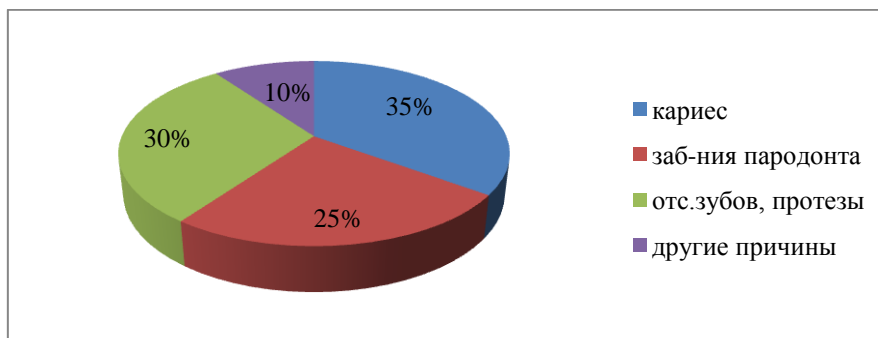


Рисунок 4 - Структура стоматологической заболеваемости у респондентов

Высокий уровень интенсивности кариеса, несвоевременное лечение зубов, большое количество удаленных и

подлежащих удалению зубов обуславливают значительный объем требуемой стоматологической помощи, включая

ортопедическую. В связи с этим важно определить потребность пациентов в зубном протезировании. Результаты анкетирования показали, что 8% всех обследованных взрослых пациентов нуждались, но никогда не обращались за ортопедической помощью. Основная причина несвоевременного обращения за стоматологической ортопедической помощью – пассивное отношение к своему здоровью, свидетельствующее в первую очередь о низкой санитарной культуре населения. Немаловажным фактором являются причины материального характера, заставляющие откладывать обращение за ортопедической помощью.

Одним из важных показателей качества медицинской помощи является время ожидания приема врача. По данным опроса большая часть пациентов (70±2,9%) на запись к врачу в регистратуре затратила до 10 минут, 25±7,4% затратили до 20 минут. В данной стоматологической поликлинике существует система предварительной записи на прием к врачу. Строгое соблюдение этого правила могло бы вовсе исключить удлиненное время ожидания. Тем не менее, 30±6,9% пациентов на запись к врачу затратили от 15 минут и более – рисунок 5.

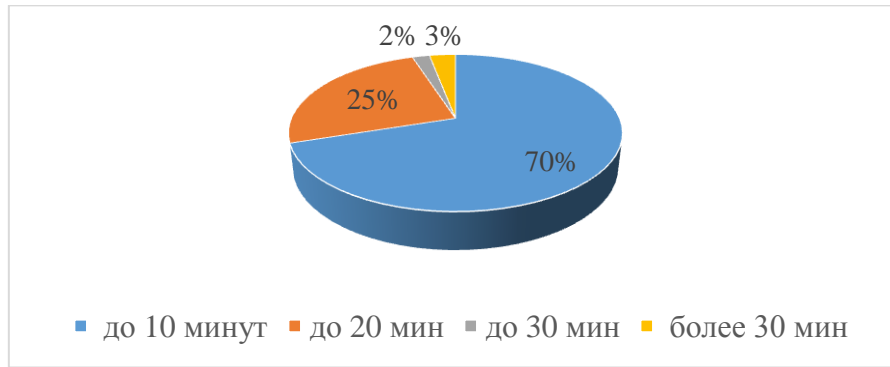


Рисунок 5 - Время, затраченное на запись к врачу в регистратуре

60,5±1,8% пациентов довольно высоко оценили качество стоматологической помощи, 35,9±3,8% пациентов считали, что уровень качества является средним и 3,6% пациентов оценили качество помощи как «низкое». Известно, что многие пациенты судят о квалификации врача по деонтологическим аспектам. Пациенты оценивали

профессиональные и личностные качества врача по 5-ти бальной шкале, где 5 баллов означали самую высокую оценку, 1 балл – самую низкую. Результаты суммарных оценок представлены на рисунке 6.



Рисунок 6 - Оценка пациентами качества стоматологической помощи по 5-ти бальной шкале

93,7%±1,0 опрошенных пациентов считали достаточным объем оказанной им стоматологической помощи, 89%±1,35 пациентов положительно ответили на вопрос о своевременности полученного лечения. 27,2%±2,3 пациентов считали, что доступность стоматологической помощи в настоящее время улучшилась в сравнении с прошлым годом, 15,3%±2,7 пациентов затруднились ответить.

Санитарно-гигиеническое состояние поликлиники 59% опрошенных пациентов оценили, как «отличное», 33% как «хорошее» и 8% как «удовлетворительное».

Нами установлены статистически значимые взаимосвязи между возрастом пациентов и их удовлетворенностью профессиональными и личностными качествами врача – таблица 1.

Таблица 1 - Взаимосвязи между возрастом пациентов и деонтологическими аспектами качества стоматологической помощи

Профессиональные и личностные качества врача	X-квадрат	Значение p
Квалификация врача	403,7	,000
Заинтересованность врача в качестве работы	277,4	,000
Ответственность врача за свою работу	364,4	,000
Обязательность и аккуратность	373,1	,000
Доброжелательность, моральная поддержка	235,1	,000
Тактичность в отношении с больными	236,1	,000

Внимание, участие, сострадание	257,8	,000
--------------------------------	-------	------

Анализ причин неудовлетворенности оказанием стоматологической помощи врачевым персоналом позволил установить, что основными причинами являются: излишняя поспешность врача на приеме ($12\% \pm 3,1$), недостаточное внимание ($37,9\% \pm 3,4$) и нетактичное отношение к пациенту ($13,3\% \pm 3,5$).

Несмотря на то, что Постановление Правительства РК от 15 октября 2009г. №2136 «Об утверждении гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи» предполагает бесплатное оказание стоматологической помощи детям и пенсионерам по данным опроса 17,1% детей и 44,6% пенсионеров в 2014 г. обратились в частные клиники.

Нами установлены причины обращения в частные клиники за стоматологической помощью – рисунок 7.



Рисунок 7 - Причины обращения за стоматологической помощью в частные клиники

Таким образом, причинами обращения в частные клиники являлись: отсутствие очередей ($30\% \pm 2,8$), более внимательное отношение врача на приеме (16%), более высокое качество помощи ($29\% \pm 2,7$), другие причины ($25\% \pm 2,7$).

Одним из важных разделов анкеты с позиции улучшения качества и доступности стоматологической помощи пациентам социально-уязвимых групп являются пожелания, высказанные респондентами. Среди предложений, которые пациенты внесли в анкеты, были следующие:

- сделать график приема врачей более удобным для пациентов;
- обеспечить бесплатные бахилы;
- улучшить коммуникативные навыки врачей и медицинского персонала.

Выводы. Данные, полученные в результате анкетирования пациентов, могут использоваться администрацией поликлиники для разработки комплекса мероприятий, способствующих улучшению качества и доступности

стоматологической помощи социально уязвимому населению.

Для улучшения качества и доступности стоматологической помощи пациентам социально-незащищенных групп необходимо:

- проведение эпидемиологических исследований стоматологической заболеваемости населения указанных групп для определения потребности в конкретных видах стоматологической помощи;
- обучение правилам гигиены полости рта детей с раннего возраста;
- улучшение первичной профилактики;
- проведение организационных мероприятий, способствующих улучшению доступности стоматологической помощи;
- усиление междисциплинарного сотрудничества в улучшении стоматологического статуса населения социально уязвимых групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кос А.В. Качество жизни лиц с ограниченными физическими возможностями в условиях проживания в интернатах //Журнал социологии и социальной антропологии. - Т.12. - №2. - С.131-152
- 2 Концепция совершенствования системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов // www.rosmintrud.ru/docs/mzsr/handicapped/3/msword
- 3 Национальный план действий на долгосрочную перспективу по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012 – 2018 годы
- 4 Федотова А.В. Результаты стоматологического обследования лиц с ограниченными физическими возможностями //Забайкальский медицинский вестник. - 2011.- №2. - С. 47-52
- 5 Мирзабеков О.М. Обоснование стратегии стоматологической службы Республики Казахстан в рыночных условиях: автореф. ... дисс. ... канд.мед.- Алматы, 2001. – 35с.
- 6 Банержи А. Медицинская статистика понятным языком. Вводный курс. - М.: Практическая медицина, 2007. - С. 287.
- 7 Гржибовский А.М. Доверительные интервалы для частот и долей. Ж.Экология человека. - 2008. - №5. - С. 57-60.
- 8 Гржибовский А.М. Анализ номинальных данных. Ж. //Экология человека. - 2008. - №6. - С. 58-68.

ХАЛЫҚТЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ОСАЛ ТОПТАРЫНЫҢ САПАЛЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАНАҒАТТАНУШЫЛЫҒЫ

Түйін: Мақалада халықтың әлеуметтік осал топтары арасында, Оңтүстік Қазақстан облыстық стоматологиялық поликлиникасының науқастарына анонимді сауалнама жүргізу кезінде стоматологиялық көмектің сапасына қанағаттанушылық нәтижелері келтірілген.

Түйінді сөздер: әлеуметтік осал топтар, стоматологиялық көмектің сапасына қанағаттанушылық.

SATISFACTION OF QUALITY DENTAL CARE AMONG POPULATION VULNERABLE GROUPS

Resume: The results of patient satisfaction with the quality of socially vulnerable groups of dental care on the basis of an anonymous survey of patients in South Kazakhstan regional dental clinic.

Keywords: vulnerable groups, satisfaction of the quality of dental care.

УДК 613.31-65.011.46

А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВОДЫ, ПОЛУЧЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СМЕШИВАНИЯ ПИТЬЕВЫХ ВОД, ПРОИЗВОДИМЫХ ТОО «ОПРЕСНИТЕЛЬНЫЙ ЗАВОД «КАСПИЙ» И ГКП «ОЗЕНИНВЕСТ» НА ОСНОВЕ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА

В статье дана оценка качества питьевых вод, производимых ТОО «Опреснительный завод «Каспий» и ГКП «Озенинвест» по показателям химической безвредности, и в условиях их смешения, на основе методологии оценки риска для здоровья населения. В целом, производимая опреснительным заводом «Каспий» питьевая вода методом обратного осмоса при смешении с водой, производимой ГКП «Озенинвест» из волжской воды, по химическому составу не вызовет риска развития неблагоприятных эффектов.

Ключевые слова: опреснительный завод, методология оценки риска, приоритетные вещества, оценка зависимости «доза-эффект», суточная доза поступления, рефлекторно-олифакторные реакции, беспороговые риски, интегральная оценка риска.

Введение. Нехватка питьевой воды - одна из общепризнанных глобальных проблем современности. В Казахстане многие районы испытывают недостаток питьевой воды и не имеют достаточных водных ресурсов для обеспечения своих потребностей («Ак булак» на 2011 - 2020 годы) [1]. Вопрос обеспечения питьевой водой и реализация программы «Ак булак» является жизненно важными для Мангистауской области РК.

По официальным данным на начало 2014 года обеспеченность населения Мангистауской области централизованным водоснабжением составляла 87% - в городской местности и 28% - в сельской местности, то в настоящее время эти цифры составляют 98 и 46 процентов соответственно. По оптимистическому сценарию численность населения области в 2020 году достигнет более 715 тысяч человек, в связи с чем водопотребление городского и сельского населения должно увеличиться [2]. С учетом низкого водообеспечения и интенсивного роста водопотребления в области, на сегодняшнее время предусматривает проведение работ по различным вариантам смешения питьевых вод, производимых ТОО «Опреснительный завод «Каспий» и ГКП «Озенинвест» из Волжской воды. Поэтому вначале надо определить возможные риски для здоровья населения в условиях смешения данных вод с применением методологии оценки риска здоровью населения.

Целью настоящей работы явилась оценка качества питьевой воды, полученной при смешивании питьевых вод, производимых ТОО «Опреснительный завод Каспий» и ГКП «Озенинвест» (Волжская вода).

Методы. В Республике Казахстан не разработана специализированная методика оценки риска для здоровья населения от воздействия химических веществ, содержащихся в питьевой воде. Поэтому для оценки применялись модели формулы из Руководство Р 2.1.10.1920-04 и Методические рекомендации РФ «МР 2.1.4.0032-11.

2.1.4. Питьевая вода и водоснабжение населенных мест. Интегральная оценка питьевой воды централизованных систем водоснабжения по показателям химической безвредности» [3, 4].

Результаты. Проведена оценка качества питьевых вод, производимых ТОО «Опреснительный завод Каспий» и АО «КазТрансОйл» (водовод «Астрахань-Мангышлак»), и в условиях их смешения, по показателям химической безвредности на основе методологии оценки риска.

В данном исследовании анализировались 10 веществ в исходной и смешанной воде на 7 имелись референтные дозы.

На этапе идентификации установлено 6 приоритетных веществ в смешанной воде, имеющих высокие индексы сравнительной опасности. Это послужило основанием для проведения исследований на последующих этапах оценки риска, согласно методологии.

При оценке зависимости «доза-эффект» установлено, что рассматриваемые приоритетные вещества в основном имели разные направленности действия (нервная, сердечно-сосудистая и пищеварительная системы, почки, костная ткань и репродуктивные органы).

На этапе оценки экспозиции из всех приоритетов относительно высокие значения среднесуточных доз выявлены у сульфатов (1,08 мг/кг в день), хлориды (2,13) и сухого остатка (6,48). Следует подчеркнуть, что на указанные вещества не установлены референтные дозы, в связи с чем, не ранжировали их, и оценка их осуществлялась в сравнении с отечественными нормативами (ПДК), что определялись ниже допустимых гигиенических норм. По остальным веществам среднесуточные дозы были значительно ниже референтных уровней.

На этапе характеристика риска заданного химического состава смешанной воды проводилась в следующем порядке: