

КАЧЕСТВО НА ИНТЕР-ПЕРСОНАЛНИТЕ ОТНОШЕНИЯ В ХИРУРГИЧНИТЕ КЛИНИКИ НА МБАЛ - ПЛОВДИВ

И. Баташки, Н. Ананоцев

QUALITY OF INTERPERSONAL RELATIONS OF SURGERY CLINICS OF UJSC - PLOVDIV

I. Batashki, N. Ananoshtev

Резюме: Важно място в лечебно-охранителния режим заема времето, отделяно от лекарите и специалистите за пациентите. Направено е паралелно проучване на лекари-пациенти и специалисти-пациенти, целящо определяне на времето, което се отделя от медицинските служители за пациентите, за определяне на медицинската и социална анамнеза, статуса и промените, настъпващи в тяхното състояние.

Установяваме, че 47,6 % от лекарите заделят над 20 минути за своите пациенти, срещу над 2 пъти по-малкия относителен дял на пациентите, посочили същото време. От друга страна само 19,6 % от лекарите са посочили, че отделят минимално време, до 10 минути, при посочено от пациентите – 54,6 %. Различията е статистически значимо. Аналогични резултати се получиха и при съпоставка на мненията на специалистите и пациентите. Така 26,9 % от специалистите са посочили, че заделят минимално време – 10 минути, докато при пациентите относителния дял за същото време е 42,18 %. На лекарите, специалистите и болните беше предоставена възможност да направят цялостна преценка за спазване на лечебно-охранителния режим.

На участниците в проучването беше предоставена възможност да посочат причините, водещи до нарушаване на лечебно-охранителния режим.

Само една четвърт от манипулациите се извършват съобразно изискванията. Значително е участието на неквалифицираните кадри в лечебно-охранителния режим.

Направена е и оценка на психоклимата в болничното отделение.

Ключови думи: Лечебно-охранителен режим, време, анкетно проучване, медицинска и социална анамнеза, удовлетвореност, психоклимат.

Summary: The time doctors and specialists spend with patients is an important part of the treatment-safety regime. We conducted parallel studies of the doctor-patient and specialist-patient relations aimed at determining the time that medical professionals spend with patients – medical and social anamnesis, status, and dynamic changes in their condition.

We have determined that 47.6% of doctors dedicate over 20 minutes to their patients, as opposed to over 2 times smaller comparative share of patients who indicate the same amount of time. On the other hand, only 19.6% of doctors assess that they spend a minimum of 10 minutes with patients, while 54.6% of patients estimate the same amount of time. The difference is statistically significant. The results of comparison of opinions of specialists and patients: 26.9% of interns indicate that they dedicate at least 10 minutes, while 42.18% of patients believe this is the case.

Participants in the study were given the opportunity to conduct an overall assessment for the adherence to the treatment-safety regime and to indicate the reasons for non-observance. Results demonstrate that only 25% of manipulations were performed in accordance with requirements, probably also because of the significant participation of non-qualified cadres in procedures. An evaluation of the psychological climate of surgery clinics has also been conducted.

Key words: treatment-safety regime, time, poll research, medical and social anamnesis, satisfaction, psychological climate

В здравеопазването се сблъскваме с особени трудности при определяне качеството поради многообразието на потенциалните „клиенти“ на здравни услуги: пациенти, здравни професионалисти, осигурители, държавата и др. Разглеждането на различните аспекти на качеството предлага познаване на специфичните изисквания към качеството на всяка една от тези групи.

Поради конкурентния натиск и техническия напредък лечебните заведения за болнична помощ са принудени непрекъснато да подобряват високите изисквания на пациентите. Потребностите и очакванията от медицинска помощ се определят общо като изисквания на пациента.

Проучванията, провеждани от много автори, с цел да бъдат създадени критерии за качество, установяват широк диапазон от мнения. Те варират от култово отношение към пациента до игнорирането му като фактор, влияещ на качеството на медицинското обслужване.

В нашето проучване бе използвана възможността за обратна връзка. Направено е паралелно проучване на лекари-пациенти и специалисти-пациенти, целящо определяне на времето, което се отделя от медицинските служители за пациентите за определяне на медицинската и социална анамнеза, статуса и промените, настъпващи в тяхното състояние. От съществено значение е и резултатът от проучването на причините, водещи до нарушаване на лечебно-охранителния режим в клиниките.

Материали и методика

За необходимия брой единици на наблюдение при анкетното проучване на мнението на лекари, специалисти и пациенти за качеството на болничното обслужване беше използван двуетапният метод на Stein. В първия етап беше направена микроизвадка

за изчисляване на стандартното отклонение (S_x) и стандартна грешка (S_p). Във втория етап приложихме формулите за изчисляване на необходимия брой единици на наблюдение при алтернативни и при вариационни признаци с вероятност $P=0.95$ и при условие, че грешката няма да превишава допустимия максимален размер на делта (Δ). Изчисленият брой единици на наблюдение при лекарите е 97 случая, на специалистите – 136 случая и на пациентите – 446 случая. Проучването бе извършено в периода 2001 - 2006 г.

Анализът, проведен с Непараметричния анализ (X^2), при уroveň на значимост 99.99% и критерия на Колмогоров-Смирнов, ни позволиха да определим съществуват ли различия в мненията на двете категории медицински служители и пациенти.

Резултат и обсъждане

Важно място в лечебно-охранителния режим заема времето, отделяно от лекарите и специалистите за пациентите. Установяваме, че в 84.37 % от случаите лекарите изслушват оплакванията на пациентите си, в 8.22 % от случаите не се изслушват, а в 7.41 % от случаите въобще не се изслушват. Независимо от високия процент на добросъвестно извършвани от лекарите задължения в контекста на добрата медицинска практика, свързани с комуникативността, все още делът на не изпълняващите задължения за поддържане на активен контакт с пациентите не отговаря на изискванията на квалитологията.

Проведохме паралелно проучване на лекари-пациенти и специалисти-пациенти, целящо определяне на времето, което се отделя от медицинските служители за пациентите за определяне на медицинската и социална анамнеза, статуса и промените, настъпващи в тяхното състояние (табл. 1):

Табл. 1. Ежедневно отделяно време за болните по данни на лекарите и пациентите

№ по ред	Време в минути	Време в % заделено за болните по данни от лекарите	Време в % заделено за болните по данни на пациентите
1	До 5 минути	7.21 %	12.14%
2	До 10 минути	19.60%	54.62%
3	До 15 минути	20.02%	18.01%
4	До 20 минути	47.06%	8.11%
5	Над 25 минути	6.11%	7.12%
6	Общо:	100%	100%

Проведената съпоставка на посоченото от лекарите време и това, посочено от пациентите, показва, че е налице съществено различие, определящо се от следните различия:

1. На високия относителен дял от 47.06 % на лекарите, посочили, че заделят до 20 минути за своите пациенти, съответства почти шесткратно по-нисък относителен дял, посочен от пациентите (табл. 1).

2. На относителния дял от 19.60 % на лекарите, посочили, че заделят до 10 минути за своите пациенти, пациентите определят това време в 54.62 % от случаите.

Различието е статистически значимо в 99.99 % при $\chi^2 = 33.78$. Изчислените средни стойности на времето при двете сравнявани групи, съпоставени с u – критерият за нормално разпределение, потвърждават горните изводи (табл. 2):

диетичния режим и внасянето на храна отвън. Проведената цялостна преценка на мнението на лекари от една страна и на специалисти от друга показва съществуването на изразено статистическо различие при уroveň на значимост 99.99 % ($\chi^2 = 48=51$).

Психоклиматът в клиниката оказва сериозно влияние върху качеството на лечебния процес. Направена е преценка за отношението на началник клиниката към колектива, на специалистите за отношението на старшата сестра/ акушерка и на отношението на ръководството на болницата към клиниката (табл. 3):

Над две трети от анкетираните са посочили, че отношението на началник клиниката е „много добро“, а една четвърт, че е добро.

Табл. 2. Средни стойности на времето, отделяно за пациентите по тяхно мнение и по данни на лекарите

№	Категории	Параметри						
		Брой	\bar{x}	\pm	\check{S}_x	\check{S}_x	u	P_u
1	Лекари	51	17.35	\pm	0.86	6.14	4.74	< 0.001
2	Пациенти	489	13.01	\pm	0.29	6.46		

Табл. 3. Оценка на отношението на Началник клиниката към колектива

Оценка	Лекари			Специалисти			Общо		
	Брой	%	S_p	Брой	%	S_p	Брой	%	S_p
Много добро	36	65.45	6.41	71	41.00	4.54	107	69.03	3.71
Добро	17	30.91	6.23	23	23.00	4.21	40	25.81	3.51
Лошо	2	3.64	2.52	6	6.00	2.37	8	5.16	1.78
Всичко	55	100.00	-	100	100.00	-	155	100.00	-

Важно значение за психическия статус на пациентите е съществуването на възможности за провеждане на разговори с медицинския персонал по теми, които не са пряко свързани със здравето им състояние.

Установяваме съществени различия в оценките на лекарите, специалистите и болните, дадени за цялостна преценка на лечебно-охранителния режим в клиниките. На първо място като причина, водеща до нарушаване на лечебно-охранителния режим, е посочено допускането на много външни лица в клиниките. На второ място следва като нарушение неспазването на

Върху психоклимата в една или друга степен оказва влияние отношението на ръководството на болницата към тях. Учудващо нисък е относителният дял на лекарите, посочили, че отношението на ръководството към тяхната клиника е „много добро“, който е едва 18.87 %. Удовлетворителна оценка е дадена в 39.62 % от анкетираните и добра – в 41.51 % от анкетираните.

При оценка комфорта на болничните стаи в клиниките като цяло беше използвана десетстепенна скала. Същата беше преформирана в скала, позволяваща да се даде качествена преценка на комфорта: оценка 1 и 2 са приети

като "лоша", 3 и 4 – „удовлетворителна“, 5 и 6 – „добра“, 7 и 8 – „много добра“ и 9 и 10 – „отлична“ оценка. Съпоставката на оценките, дадени от лекари, специалисти и пациенти, не се различава статистически - $X^2 = 10.57$, $P > 0.05$ (табл. 4).

Най-висока „отлична“ оценка е дадена от пациентите, а най-ниска - от лекарите. С оглед прецизиране на оценката за трите категории беше използван вариационният анализ. Направената вътре групова съпоставка между оценките при отделни-

Табл 4. Оценка на комфорта в болничните стаи и клиниката като цяло според лекарите, специалистите и пациентите

Оценка	Лекари			Специалисти			Пациенти		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Лоша	3	5.66	-	4	4.08	-	34	7.63	1.28
Средна	9	16.98	4.46	12	12.24	3.28	58	13.00	1.59
Добра	14	26.42	6.2	26	26.53	4.48	88	19.73	1.89
Мн.добра	14	26.42	6.02	26	26.53	4.48	91	20.40	1.91
Отлична	13	24.52	5.95	30	30.61	4.67	175	39.24	2.3
Всичко	53	100.00	-	98	100.00	-	446	100.00	-

Табл. 5. Предложения на лекарите и специалистите за подобряване качеството на медицинското обслужване

№ по ред	Показатели	Персонал								
		Лекари			Специалисти			Общо		
		Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	S
1	Съвременна апаратура и инструментариум	28	25.00	4.09	7	6.93	4.52	35	16.13	2.49
2	По-добро заплащане на персонала	14	12.50	3.18	29	28.71	4.43	43	19.82	2.72
3	Увеличаване на специалисти и санитарни	16	14.29	3.28	25	24.75	4.31	41	18.89	2.6
4	Осигуряване лекарства и консумативи	19	16.96	3.55	4	3.81	1.95	23	10.60	2.12
5	Управление на качеството от управлението на болницата	13	11.60	3.07	-	-	-	13	6.00	1.61
6	Подобряване условията на труд и бит	11	9.82	2.83	6	5.71	2.36	17	7.83	1.84
7	Стриктно спазване на лечебно-охранителния режим	6	5.36	2.06	21	19.99	3.9	27	12.44	2.21
8	Подобряване на психоклимата	-	-	-	9	8.57	3.55	9	4.15	1.33
9	Следдипломна квалификация	2	1.79	-	-	-	-	2	0.92	-
10	Други	3	2.68	-	4	3.81	-	7	3.22	-
	Всичко	112	100.00	-	105	100.00	-	217	100.00	-

те категории не показва съществуването на статистически значими различия при $P > 0.05$ (за лекари/ пациенти $u = 1.48$, за специалисти/ пациенти $u = 1.05$, за лекари/ специалисти $u = 1.29$).

Определен интерес представляват предложенията, направени както от медицинския персонал, така и от пациентите за подобряване комфорта в клиниките. На първо място се поставя необходимостта от извършване на основен ремонт в клиниките. На второ място е осигуряването на постелочно бельо и нормален постелочен инвентар, а на трето място – сигнална уредба за осигуряване на нормална комуникативност между болни и медицински персонал.

Оценката на условията в клиниките, дадена от експертите, от медицинските служители и пациентите показва, че те не отговарят на изискванията за реализиране на качествено медицинско обслужване. Във връзка с това бяха проучени предложенията на лекарите и специалистите за подобряване качеството на медицинското обслужване. Водещо предложение е предложението, свързано с осигуряване на по-добро заплащане на персонала. На второ място е посочена необходимостта от увеличаване на специалистите и санитарите и на трето място – необходимостта от съвременна апаратура и инструментариум. Ако към тези изисквания се добави необходимостта от осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, лекарства и консумативи, то 72.27 % от предложенията са свързани с осигуряване на средства, необходими за нормалното функциониране на отделните клиники. Около една пета от предложенията са свързани с подобряване на психо-климата и спазване на лечебно охранителния режим (табл. 5):

В някои от посочените предложения се констатира съществените различия между лекари и специалисти. Така по отношение по-добро заплащане на персонала разликата между тях е 16.21 ± 5.73 , определяща се от по-високия относителен дял при специалистите. Разликата е статистически значима – $P < 0.01$ ($t = 2.96$). Обратно – статистически значимо е различието по отношение необходимостта от съвременна апаратура и инструментариум – $P < 0.01$ ($t = 2.97$). С над 10 % е посочената необходимост от увеличаване броя на специалистите и санитарите от страна на медицинските сестри и

акушерките – $P < 0.05$ ($t = 1.96$). По-голям е относителният дял на специалистите, посочили необходимостта от стриктно спазване на лечебно-охранителния режим – $P < 0.001$ ($t = 3.31$). При двете от предложенията, а именно „управление на качеството“ от ръководството на болницата и необходимостта от подобряване на психоклимата в отделението.

Изводи:

1. Оценката на условията в клиниките, дадена от експертите, от медицинските служители и пациентите, показва, че те не отговарят на изискванията за реализиране на качествено медицинско обслужване.

2. Само една четвърт от манипулациите се извършват съобразно изискванията – в манипулационна или при невъзможност зад параван.

3. Водещо предложение е осигуряването на по-добро заплащане на персонала, необходимостта от съвременна апаратура и инструментариум.

4. Нарушена е комуникацията между болните и медицинския персонал.

5. Върху психоклимата в клиниките в една или друга степен оказва влияние отношението на ръководството на болницата към тях. Нисък е относителният дял на лекарите, посочили че отношението на ръководството към тяхната клиника е „много добро“, който е едва 18.87 %. Удовлетворителна оценка е дадена в 39.62 % от анкетираните и добра – в 41.51 % от анкетираните.

6. „Много добрата“ оценка, дадена на комфорта в болничните стаи и клиники и от трите анкетиранни групи, следва да се приеме с големи резерви като се има предвид действителното състояние, регистрирано от експертите.

7. Дадени са редица рационални предложения за подобряване комфорта в болничните стаи и в клиниките: основен ремонт, осигуряване на постелочен инвентар и болнично бельо, сигнална уредба и нормално отопление и осветление.

8. В значителен процент (70 %) обсъждането на състоянието на пациентите се извършва пред леглото на болния.

9. На високия относителен дял от 47.06 % на лекарите, посочили, че заделят до 20 минути за своите пациенти, съответства почти шесткратно по-нисък относителен дял, посочен от пациентите.

10. На относителния дял от 19.60 %

на лекарите, посочили, че заделят до 10 минути за своите пациенти, пациентите определят това време в 54.62 % от случаите.

11. Регистрира се значително различие между информацията за ежедневно отделяно време за болните, определящо се от по-високите стойности, посочени както от лекарите, така и от специалистите, в сравнение с посоченото от пациентите.

12. Сравнително малък е относителният дял на лекарите и специалистите, които отделят за разговори с пациентите по проблеми, които са извън здравните.

Използвана литература:

1. Апостолов, М., Исторически, социални етични измерения на медицината. ГорексПрес, София, 2002.
2. Армстронг, М. Комуникиране в управлението, Свищов, 1998 г.
3. Болнично управление. Теоретически аспекти и практическото решение /избрани лекции/. С. ИК „Хераклит А § Н“, 2002, 288 с.
4. Борисов, В. Въведение в здравния мениджмънт. Програма ФАР, С., 1995, 140 с.
5. Борисов, В., Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. Филвест, София, 2003.
6. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика. ДАК, С, 2003.
7. Гилфой, Д. Харизмата и нейният ефект., Кръгзор, 2004, 454 с.
8. Котър, Дж, Д. Коен. Същето на промяната. С., Класика стил, 2003, 200 с.
9. Маркхам, У. Управление на конфликта. С., Лакон ПРЕС, 1999, 175 с.
10. Пийз, А., А. Гарнър. Езикът на гялото: Скритият смисъл на думите. С. СИЕЛА. 2000, 337 с.
11. Cohen , E., N. Tichy. Teaching: The heart of leadership. Healthcare Forum Journal, 1998, 41 (2), 21- 25, 75.
12. Donabedian, A. Evaluating physician competence. Bulletin of the World Health Organization, 2000,78, 857- 1748.
13. European Foundation for Quality Management, EFQM excellence MODEL, PUBLIC AND Voluntary Sector Version, 2003.
14. Ford, R.C.;Bach, S. A., Fottler, M. D.;Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations in: Health Care Management Review, Spring 1997, S: 74-89.
15. Furnier, P. Gestion de projet de sante , cours, Askona, 2000.
16. Gelinias, L., M. Manthey. The impact of organizational redesign on nurse executive leadership, Part II. Irving, TX: VHA, 1996.
17. Gilmore, T. Building and maintaining effective working allians. In : Managing hospitals. San Francisco: Josey-Bass, 1991, pp. 201-231.
18. Gordz, K. Leadership for a learning community . HEALTHCARE Forum J OURNAL, 1998 (2), 30-34.
19. Litke , H.D. I. Kunow. Projektmanagement. 2 Auflage, sts,2000.
20. Prokech, S. Unleashing the power of learning. Harvard Business Review, 1997, 75 (5), 146- 168.
21. Shaw Ch., Health Service accreditation, 2001.
22. Shaw C. External assessment of health care. BMJ 2001, 322: 851-854.
23. The Health report 2000. Health Systems: improving Performance, WHO 540. 1, Geneva 2000.

Адрес за кореспонденция:

Доц. д-р Илия Баташки, дм
4000- Пловдив, бул."Пещерско шосе" № 66
Тел. 032 / 602 974
E-mail: il_batashki@abv.bg