

Научная статья

УДК 615.035:616—08:616-053

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.004

**Значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной
характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской
помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

*Арам Вачаганович Мартиросов¹, Сергей Николаевич Черкасов²,
Анна Владимировна Федяева^{3✉}*

^{1–3}Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН, Москва, Российская Федерация;

¹Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Российская Федерация

¹dr.martirosov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5240-8372>

²cherkasovsn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1664-6802>

³orgzdravotdel@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-8874-0921>

Аннотация. Цель исследования: научно обосновать значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. **Материалы и методы исследования.** Первичные данные были получены путем анкетирования пациентов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Всего было роздано 502 анкеты, получен ответ от всех респондентов. Исследование проведено в городе Москва. Основная группа — 420 пациентов, признавших за собой первостепенную ответственность за свое здоровье (активная модель поведения), контрольная группа — 82 пациента, которые возложили первостепенную ответственность за свое здоровье на внешние, по отношению к себе, субъекты (пассивная модель поведения). **Результаты.** Интегральная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не зависит от факта признания пациентом первостепенной ответственности за свое здоровье ($3,37 \pm 0,05$ против $3,41 \pm 0,13$ баллов). Независимо от факта признания первостепенной ответственности за свое здоровье величина оценки повышается с увеличением частоты посещения медицинской организации. Более строго пациенты оценивали деятельность администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания ($3,24 \pm 0,06$ балла в основной группе и $3,34 \pm 0,14$ баллов в контрольной группе). Пациенты, принимающие на себя первостепенную ответственность за свое здоровье, несколько чаще болеют острыми заболеваниями, но реже имеют хронические заболевания. Основные претензии пациентов касались организации работы участковых врачей и узких специалистов.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, факторы удовлетворенности, амбулаторная помощь, медицинская организация, социальные детерминанты.

Для цитирования: Мартиросов А. В., Черкасов С. Н., Федяева А. В. Значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 25—29. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.004.

Original article

**The importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the
formation of his attitude to the organization of medical care provided on an outpatient basis**

Aram V. Martirosov¹, Sergey N. Cherkasov², Anna V. Fedyaeva^{3✉}

^{1–3}V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation;

¹Moscow Medical University «Reaviz», Moscow, Russian Federation

¹dr.martirosov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5240-8372>

²cherkasovsn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1664-6802>

³orgzdravotdel@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-8874-0921>

Annotation. The purpose of the study: To scientifically substantiate the importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided in outpatient settings. **Materials and methods of research.** The primary data were obtained by interviewing patients of medical organizations providing medical care on an outpatient basis. A total of 502 questionnaires were distributed, and a response was received from all respondents. The study was conducted in Moscow. The main group consisted of 420 patients who recognized primary responsibility for their health (active behavior model), the control group consisted of 82 patients who assigned primary responsibility for their health to external subjects (passive behavior model). **Results.** The integral assessment of the activities of medical organizations providing medical care on an outpatient basis does not depend on the fact that the patient recognizes primary responsibility for his health (3.37 ± 0.05 vs. 3.41 ± 0.13 points). Regardless of the fact that the primary responsibility for one's health is recognized, the value of the assessment increases with an increase in the frequency of visits to a medical organization. More strictly, the patients assessed the activities of the city (district) administration on the organization of medical care (3.24 ± 0.06 points in the main group and 3.34 ± 0.14 points in the control group). Patients who take pri-

mary responsibility for their health are somewhat more likely to suffer from acute diseases, but less likely to have chronic diseases. The main complaints of patients concerned the organization of work of district doctors and narrow specialists.

Key words: *patient satisfaction, satisfaction factors, outpatient care, medical organization, social determinants.*

For citation: Martirosov A. V., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V. The importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided on an outpatient basis. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):25–29. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.004.

Введение

Отношение к собственному здоровью может во многом определять поведение пациента, а также степень его приверженности к здоровьесберегающим моделям поведения. Принятие на себя первоначальной ответственности за собственное здоровье (активная модель поведения) повышает степень критичности не только к своему поведению, но и к организации медицинского обслуживания [1–4]. С другой стороны, пациенты принимающие, или как минимум декларирующие, такие подходы должны обладать большей адекватностью в оценках и осознавать ограниченные возможности системы здравоохранения по восстановлению их здоровья. Однако при таком подходе может проявляться и другая модель поведения [5–7]. Не доверяя системе здравоохранения, пациент начинает принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья, основываясь на том, что именно он несет за него ответственность (повышенная степень активности). Так как уровень его профессиональных знаний не соответствует требуемому в контексте принятия решений относительно своего здоровья, то и решения могут быть не всегда адекватны ситуации. Чаще всего этот социальный фактор рассматривали как положительный [8–13], но исчерпывающей информации по его влиянию на отношение к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не существует.

Цель исследования

Научно обосновать значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Первичные данные были получены путем анкетирования пациентов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Всего было роздано 502 анкеты, получен ответ от всех респондентов. Исследование проведено в городе Москва.

Оценка факта признания ответственности за свое здоровье производилась на основании ответа на вопрос анкеты: «Кто по Вашему мнению ответственен за Ваше здоровье в ПЕРВУЮ очередь?». Респондентам было предложено три закрытых варианта ответа: «я сам отвечаю за свое здоровье», государство, медицинские организации. Один вариант ответа был открытым, когда сам пациент мог указать на структуры или субъект, который, по его мнению, ответственен в первую очередь за его здоровье.

Наиболее распространенным ответом было признание первоначальной ответственности за свое здоровье — основная группа (420 человек). Такая модель поведения рассматривалась как активная. В контрольную группу включили 82 человека, которые выбрали иные варианты ответа и возложили первоначальную ответственность за свое здоровье на внешние, по отношению к себе, субъекты — пассивная модель поведения.

Сравнение групп проводилось по стандартной схеме с использованием непараметрического критерия достоверности различий χ^2 .

Результаты

В основной группе пациентов, принимающих на себя первоначальную ответственность за свое здоровье (активная модель поведения), интегральная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составила $3,37 \pm 0,05$ баллов, а в контрольной группе пациентов, которые возлагают первоначальную ответственность за свое здоровье на внешние по отношению к себе субъекты — пассивная модель поведения) $3,41 \pm 0,13$ баллов. Показательно, что в основной группе пациентов дисперсия была более чем в два раза ниже, чем в контрольной группе, однако достоверных различий между группами в величине оценки не было ($p > 0,05$).

Пациенты основной группы реже посещали поликлинику. Среднее число посещений за год составило 2,65 раза, тогда как в контрольной группе 3,09 раз в год. Более редкое посещение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, может свидетельствовать о разных моделях поведения, но может определяться и потребностью в медицинской помощи, зависимой от наличия острых или хронических заболеваний.

В соответствии с данными опроса более половины пациентов основной группы (54,7%) имеют хроническое заболевание, тогда как в контрольной группе только 43,9%. Более высокий удельный вес пациентов, имеющих хроническое заболевание, в основной группе определяет более высокую вероятность обращения за медицинской помощью, однако такого не наблюдается. Частота острых заболеваний несколько выше среди пациентов контрольной группы 1,11 заболеваний против 1,24 заболеваний в год среди пациентов основной группы. Среди пациентов контрольной группы больше тех, кто болел острыми заболеваниями более 3-х раз в год (17,1% в контрольной группе против 9,8% в основной группе).

Следовательно, наблюдаются разнонаправленные тенденции. Пациенты, принимающие на себя

Таблица 1

Оценка организации деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в зависимости от частоты ее посещения пациентами основной и контрольной групп (ответственность за собственное здоровье)

Частота посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Основная группа (признание ответственности за свое здоровье — активная модель поведения)	Контрольная группа (возложение ответственности за свое здоровье на внешние субъекты — пассивная модель поведения)	Достоверность различий
Крайне редко (менее 1 раза в год)	3,29±0,06	3,40±0,16	> 0,05
1—2 раза в год	3,37±0,06	3,22±0,09	> 0,05
3—5 раз в год	3,35±0,05	3,70±0,11	> 0,05
Более 5 раз в год	3,68±0,04	3,66±0,14	> 0,05
Независимо от частоты посещений	3,37±0,05	3,41±0,13	> 0,05

первостепенную ответственность за свое здоровье, несколько чаще болеют острыми заболеваниями, но реже имеют хронические заболевания.

Далее, для каждой подгруппы (сформированной с учетом частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях) были получены величины средней оценки качества организации деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (данные представлены в таблице 1).

Независимо от факта признания первостепенной ответственности за свое здоровье величина оценки повышается с увеличением частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Наиболее высокая оценка наблюдалась среди тех пациентов, кто наиболее часто посещал медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Более строго пациенты оценивали деятельность администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания. В основной группе средняя величина оценки составила 3,24±0,06 балла, в контрольной группе 3,34±0,14 баллов. Различия между оценкой деятельности медицинской организации и администрации были значительнее в основной группе, тогда как в пациенты, включенные в контрольную группу, не видели особых различий между оценкой деятельности медицинской организации и администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания. То есть пациенты, считающие именно себя ответственными за свое здоровье, сильнее дифференцировали деятельность по организации медицинской помощи между медицинской организацией и органами власти и строже оценивали более высокие уровни управления. Возможно, в связи с такой оценкой они не доверяли свое здоровье органам государственной и муниципальной власти, а старались решить вопросы, связанные со здоровьем самостоятельно. В таком случае, признание первостепенной ответственности за свое здоровье является не признаком высокой ответственности, а признаком недоверия со стороны граждан к системе охраны здоровья.

Далее, для каждой подгруппы (сформированной с учетом частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях) были получены величины средней оценки деятельности администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания (данные представлены в таблице 2).

Логично предположить, что, возлагая ответственность за свое здоровье на внешние субъекты, в том числе и административно-властные структуры, оценка их деятельности со стороны таких пациентов должна быть выше и это наблюдается в реальности. В основной группе никакой зависимости величины оценки от частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не было (табл.2), тогда как в контрольной группе величина оценки возрастала при увеличении частоты посещений медицинской организации. Чем выше была частота обращений, тем выше была оценка деятельности администрации.

Полученные данные свидетельствуют о различных подходах к оценке системы управления медицинской помощью у пациентов с разным отношением к признанию ответственности за свое здоровье. Разные подходы должны генерировать различия в оценке деятельности отдельных подразделений поликлиники. Если принять во внимание высказанное предположение о том, что пациенты, признающие свою первостепенную ответственность за свое здоровье за собой, делают это вследствие недоверия к системе здравоохранения, то и оценка деятельности поликлиники и отдельных ее подразделений может быть более критичной. Возможно, эта потенциальная критика и стала основанием для формирования недоверия к внешним субъектам и возложения первостепенной ответственности за свое здоровье на себя.

С учетом достаточно низких оценок деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, следует провести анализ отношения пациентов к организации отдельных процессов и аспектов деятельности поликлиники. В основной группе половина опрошенных пациентов не высказала никаких претензий

Таблица 2

Оценка качества организации деятельности администрации по организации медицинского обслуживания в зависимости от частоты ее посещения пациентами основной и контрольной групп (ответственность за собственное здоровье)

Частота посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Основная группа (признание ответственности за свое здоровье — активная модель поведения)	Контрольная группа (возложение ответственности за свое здоровье на внешние субъекты — пассивная модель поведения)	Достоверность различий
Крайне редко (менее 1 раза в год)	3,27±0,06	3,24±0,2	>0,05
1—2 раза в год	3,26±0,05	3,26±0,12	>0,05
3—5 раз в год	3,23±0,06	3,65±0,11	<0,05
Более 5 раз в год	3,29±0,06	3,54±0,11	>0,05
Независимо от частоты посещений	3,24±0,06	3,34±0,14	>0,05



Рис. 1. Число пациентов основной и контрольной групп (ответственность за собственное здоровье), высказавших претензии к организации работы поликлиники и отдельных ее подразделений (на 100 опрошенных).

1 — режим работы поликлиники, 2 — организация работы регистратуры, 3 — организация работы участковых врачей, 4 — организация работы узких специалистов, 5 — организация работы лаборатории, 6 — организация работы руководства поликлиники

к организации работы поликлиники (52 из 100 опрошенных), в контрольной группе таковых было несколько меньше (48 из 100 опрошенных).

Основные претензии касались организации работы участковых врачей и узких специалистов (рис. 1). Значимые различия между оценками наблюдались только в отношении организации работы участковых врачей, деятельность которых вызвала больше претензий у пациентов, которые ответственность за свое здоровье возлагали на внешние, по отношению к себе, субъекты управления.

Выводы

Интегральная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не зависит от факта признания пациентом первостепенной ответственности за свое здоровье ($3,37 \pm 0,05$ против $3,41 \pm 0,13$ баллов). Независимо от факта признания первостепенной ответственности за свое здоровье величина оценки повышается с увеличением частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Более строго пациенты оценивали деятельность администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания ($3,24 \pm 0,06$ балла в основной группе и $3,34 \pm 0,14$ баллов в контрольной группе).

Возлагая ответственность за свое здоровье на внешние субъекты, в том числе и административные структуры, пациенты более высоко оценивали деятельность этих структур. Пациенты, принимающие на себя первостепенную ответственность за свое здоровье, несколько чаще болеют острыми заболеваниями, но реже имеют хронические заболевания.

Основные претензии пациентов касались организации работы участковых врачей и узких специалистов. Значимые различия между оценками наблюдались только в отношении организации работы участковых врачей, деятельность которых вызвала больше претензий у пациентов, которые ответ-

ственность за свое здоровье возлагали на внешние, по отношению к себе, субъекты управления.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Genovese U., Del Sordo S., Pravettoni G., Akulin I. M., Zoja R., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010301. DOI: 10.7189/jogh.07.010301.
- Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*. 2020;20(1):114—118. DOI: 10.25728/assa.2020.20.1.864.
- Келасьев В. Н., Первова И. Л., Полуэктова Н. М. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2016;(1):15—26.
- Огуль Л. А., Анопко В. П., Шаповалова М. А. Планирование стратегий ЛПУ. *Наука Красноярск*. 2012;1(5):60—68.
- Акулин И. М., Чеснокова Е. А., Пресняков Р. А. К вопросу о расследовании ятрогенных преступлений в контексте перехода на цифровое здравоохранение: новые перспективы и проблемы нормативно-правового регулирования. *Право и современные технологии в медицине*; отв. ред. А. А. Мохов, О. В. Сушкова. Москва; 2019: 300—303.
- Егизарян К. А., Лалабекова М. В., Черкасов С. Н. и др. Территориальные особенности планирования необходимого объема медицинской помощи по профилю травматология и ортопедия. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2016;(11—12):23—29.
- Коновалов О. Е., Урясьев О. М., Кича Д. И. Медицинская активность больных бронхиальной астмой. *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2013;(3):98—100.
- Арстангалиева З. Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2013;3(11):1309.
- Сопова И. Л., Черкасов С. Н., Полозков И. М. Влияние уровня образования на степень ответственности в отношении собственного здоровья. *Прикаспийский вестник медицины и фармации*. 2020;(3—4):21—26.
- Полозков О. И., Черкасов С. Н., Мешков Д. О. Признание ответственности за свое здоровье как детерминанта здоровья в старших возрастных группах. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(1):30—35.
- Cott C. A., Gignac M. A. M., Badley E. M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999;53(11):731—736.
- Черкасов С. Н., Горбунов А. Л., Саидов С. С., Федяева А. В., Сухов А. А. Половозрастные различия отношения к соблюдению рекомендаций врача пациентами хирургического профиля. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2022;4(58):98—103.
- Gorbunov A. L., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V., Moroz I. N., Martirosov A. V., Suhov A. A. Attitude to informing the doctor about the treatment process in different age and sex groups of patients. *Bulletin Biomedicine and sociology*. 2022;7(1):66—75.

REFERENCES

- Genovese U., Del Sordo S., Pravettoni G., Akulin I. M., Zoja R., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010301. DOI: 10.7189/jogh.07.010301.
- Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*. 2020;20(1):114—118. DOI: 10.25728/assa.2020.20.1.864.
- Kelasyev V. N., Pervova I. L., Poluektova N. M. Human concept: social and subjective determinants of health. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy [Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika]*. 2016;(1):15—26. (in Russian).
- Ogul' L. A., Anopko V. P., Shapovalova M. A. Planning of LCP strategies. *Krasnoyarsk Science. [Наука Красноярск]*. 2012;1(5):60—68. (in Russian).

5. Akulin I. M., Chesnokova E. A., Presnyakov R. A. On the investigation of iatrogenic crimes in the context of the transition to digital health care: new perspectives and problems of regulatory and legal regulation. *Law and modern technologies in medicine. [Pravo i sovremennyye tekhnologii v meditsine]*; ed. A. A. Mokhov, O. V. Sushkova. Moscow; 2019: 300—303. (in Russian).
6. Yegiazaryan K. A., Lalabekova M. V., Cherkasov S. N. et al. Territorial features of the planning of the required amount of medical care according to the profile of traumatology and orthopedics. *Health care Standardization Problems. [Problemy standartizatsii v zdravookhranении]*. 2016;(11—12):23—29. (in Russian).
7. Kononov O. E., Uryashev O. M., Kicha D. I. Medical activity of patients with bronchial asthma. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. [Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. akademika I. P. Pavlova]*. 2013;(3):98—100. (in Russian).
8. Arstangalieva Z. Zh. Determinants of a healthy lifestyle of elderly people. *Bulletin of Medical Internet Conferences. [Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy]*. 2013;3(11):1309. (in Russian).
9. Sopova I. L., Cherkasov S. N., Polozkov I. M. Influence of the level of education on the degree of responsibility in relation to one's own health. *Caspian Journal of Medicine and Pharmacy. [Prikladnyy vestnik meditsiny i farmatsii]*. 2020;(3—4):21—26. (in Russian).
10. Polozkov O. I., Cherkasov S. N., Meshkov D. O. Recognition of responsibility for their health as a determinant of health in older age groups. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2021;(1):30—35. (in Russian).
11. Cott C. A., Gignac M. A. M., Badley E. M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999;53(11):731—736.
12. Cherkasov S. N., Gorbunov A. L., Saidov S. S., Fedyaeva A. V., Sukhov A. A. Gender-age differences in the attitude towards compliance with the doctor's recommendations by surgical patients. *Bulletin of the Medical Institute «REAVIZ»: rehabilitation, doctor and health. [Vestnik meditsinskogo instituta «REAVIZ»: rehabilitatsiya, vrach i zdorov'e]*. 2022;4(58):98—103. (in Russian).
13. Gorbunov A. L., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V., Moroz I. N., Martirosov A. V., Sukhov A. A. Attitude to informing the doctor about the treatment process in different age and sex groups of patients. *Bulletin Biomedicine and sociology*. 2022;7(1):66—75.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 27.02.2023; одобрена после рецензирования 22.03.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 27.02.2023; approved after reviewing 22.03.2023; accepted for publication 30.08.2023.