Подпрядова А.А.

Харківський національний медичний університет, Харків

Організація медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда

Серед неепідемічних захворювань хвороби серцево-судинної системи, зокрема інфаркт міокарда, являються основною причиною захворюваності та смертності в усьому світі [1, 2]. Одним із пріоритетних напрямків системи охорони здоров’я є покращення якості надання медичної допомоги хворим з даною патологією [3].

Мета дослідження: вивчити та оцінити якість надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Матеріали і методи**:** за спеціально розробленими анкетами проведено опитування 310 хворих, які перенесли інфаркт міокарда та здійснено. Було використано наступні методи: викопіювання даних, медико-статистичний, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення Було встановлено що протягом останніх 12 місяців до лікаря-кардіолога у зв’язку з даним захворюванням було здійснено візитів у середньому 2,8 рази, жодного разу не зверталися 22,5±2,4%, 1-3 рази 61,7±2,8%, 4 та більше разів 15,8±2,1%. З метою планового контролю було здійснено візитів у середньому 2,4рази, жодного разу 13,4±1,9%, 1-3 рази 69,8±2,6%, 4 і більше 16,8±2,1%. Протягом останніх 12 місяців у зв’язку з даним захворюванням до дільничного терапевта було здійснено візитів у середньому 3,6.рази, жодного разу не зверталися 11,9 ±1,8%, 1-3 рази 72,5 ±2,5%, 4 та більше разів 15,6±2,1%. З метою планового контролю було здійснено візитів в середньому 2,9 рази, жодного разу 12,8±1,9%, 1-3 рази 81,4±2,2%, 4 і більше 5,8±1,3 %.

Бригадою екстреної допомоги було доставлено 77,1±2,6% хворих, іншими шляхами 22,9±2,6%. Час прибуття бригади екстреної допомоги: до 30 хвилин – у 95,5±1,4% випадках, 30-60 хвилин – у 3,6±1,3%, більше години – у 0,9±0,6) % випадках. У результаті дослідження було встановлено, що у термін до 2 годин від початку виникнення симптомів захворювання було госпіталізовано 34,3±2,7, 2 - 12 годин – 58,3±2,8, 12 - 24 годин – 3,3±1,1 та після 24 годин – 4,1±1,1.

При вивченні часу доби, коли відбулося погіршення стану хворих, що призвело до госпіталізації було встановлено, що більшість пацієнтів, а саме 47,4±2,8% відчули погіршення самопочуття у вечірній час, 33,2±2,7% у нічний час, 12,6±1,9% вранці та 6,8±1,5% вдень. Більша частина хворих (75,8±2,4) % відчула погіршення стану свого здоров’я вдома, 13,6±1,0% на робочому місці, 3,9±1,1% на вулиці та 6,8±1,5% в іншому місці.

Одним із основних питань при оцінці якості медичної допомоги є задоволеність пацієнтами організацією діагностичного та лікувального процесів у лікувально-профілактичних закладах. Так, 32,3±2,7% респондентів оцінили організацію діагностичного процесу на «відмінно», 58,1±2,8% на «добре» та 9,6±1,7% на «задовільно». Щодо характеристики організації лікувального процесу було отримано наступні дані: 42,3±2,8% хворих оцінили на «відмінно», 51,6±2,8% на «добре» та 9,1±2,2% на «задовільно».

За даними дослідження було виявлено, що 88,4±1,9% хворих перебувають на медичному обліку, 11,6±1,9% не перебувають. Сімейний лікар веде спостереження 87,9±2,0% хворих, кардіолог – 12,1±2,0%.

Психологічна реабілітація є важливим аспектом у лікуванні хворих з даною патологією. Згідно з результатами дослідження, до психолога було рекомендовано звернутися лише 42,3±2,8% хворим, у той час як 57,7±2,8% не отримали даної рекомендації. 19,0±3,4 % пацієнтів, яким було рекомендовано звернутися за допомогою до психолога зробили це, тоді як 81,0±3,4% відмовилися від допомоги даного спеціаліста. Завдяки психологічній допомозі покращення свого стану відмітили 80±8% пацієнтів, 20±8% не відчули жодних змін.

Санаторно-курортне лікування було запропоновано 92,4±1,5% хворим, 7,6±1,5% не отримали такої рекомендації. За результатами дослідження 91,0±1,7% пацієнтів, яким було запропоновано даний вид реабілітації пройшли лікування в санаторії, 9,0±1,7% відмовилися від даного етапу лікування. Позитивний ефект від санаторно-курортного лікування відмітили 93,2±1,6% пацієнтів, 6,8±1,6% відмітили відсутність будь-якого ефекту.

Висновки: отримані дані у ході дослідження дають можливість оптимізувати систему надання медико-санітарної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Використана література:

1. Теренда Н. О. Смертність від серцево-судинних захворю­вань як державна проблема / Н. О. Теренда // Вісник наукових досліджень. – 2015. – № 4. – С. 11–13.

2. Гандзюк В. А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В. А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–52.

3. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. – Geneva : WHO, 2014. – 107 p.