

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PUBLIC HEALTH, ORGANIZATION OF HEALTH CARE

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ
<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.4.OZ0Z.1>

ORIGINAL ARTICLE
УДК 614.2

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ФОРМИРОВАНИИ ЕГО ОТНОШЕНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.Н. Черкасов¹, А.В. Мартиросов², А.В. Федяева¹, Л.В. Кудряшова²

¹Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Россия

²Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

Резюме. Введение. Семейное положение пациента является важным фактором, влияющим на его поведение, отношение к здоровью и системе здравоохранения. Семейные отношения могут положительно или отрицательно сказаться на уровне самооценки, общей психологической устойчивости и готовности к лечению. Например, многие люди, находящиеся в стабильных отношениях, более склонны следить за своим здоровьем, посещать врачей регулярно и получать необходимую медицинскую помощь. Однако также существуют негативные аспекты семейного положения, которые могут сказаться на отношении пациента к системе здравоохранения. Например, некоторые пациенты могут испытывать страх и смущение при обращении за медицинской помощью без своего супруга или партнера. Бывают и случаи, когда нежелание пациента обращаться к врачам связано с тем, что он не желает финансовой или эмоциональной помощи со стороны своей семьи, а предпочитает справляться со своими проблемами самостоятельно. Таким образом, семейное положение является важным фактором, который необходимо учитывать при анализе отношения пациентов к системе здравоохранения. Изучение этой проблемы может помочь медицинским учреждениям разработать более эффективные стратегии обслуживания и повышения уровня удовлетворённости пациентов медицинской помощью. **Материалы и методы.** Первичные данные для проведения анализа были получены путём анкетирования 495 пациентов медицинских организаций г. Москвы. Сформированы две группы сравнения: основная группа (наличие брачных отношений) – 292 человека, контрольная (отсутствие брачных отношений) – 203 человека. С учётом непараметрического распределения первичных данных, для сравнения групп использовали критерий достоверности различий χ^2 , для определения зависимости использовали коэффициент ассоциации K_a . **Результаты.** По результатам анализа, с учётом данных литературы, получены данные о различных подходах к оценке системы управления медицинской помощью у пациентов в зависимости от семейного статуса. **Выводы.** Семейные пациенты более критичны к организации деятельности отдельных подразделений поликлиники, но их критика не приводит к значительному снижению общей оценки медицинской организации. Одиноким же пациенты меньше высказывают конкретные претензии, но снижают общую оценку деятельности медицинской организации.

Ключевые слова: семейное положение, социальная характеристика, поликлиника, медицинская организация, частота посещения, организация медицинской помощи, доступность.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

Для цитирования: Черкасов С.Н., Мартиросов А.В., Федяева А.В., Кудряшова Л.В. Семейное положение пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2023;13(4):175–180. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.4.OZ0Z.1>

MARITAL STATUS OF A PATIENT IN THE FORMATION OF HIS ATTITUDE TO THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVIDED ON AN OUTPATIENT BASIS

S.N. Cherkasov¹, A.V. Martirosov², A.V. Fedyaeva¹, L.V. Kudryashova²

¹V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

²Moscow Medical University "Reaviz", Moscow, Russia

Abstract. *Introduction.* The marital status of the patient is an important factor that affects his behavior, attitude to health and the healthcare system. Family relationships can have a positive or negative impact on the level of self-esteem, general psychological stability and readiness for treatment. For example, many people in stable relationships are more likely to monitor their health, visit doctors regularly and receive the necessary medical care. However, there are also negative aspects of marital status that can affect the patient's attitude to the healthcare system. For example, some patients may experience fear and embarrassment when seeking medical care without their spouse or partner. There are also cases when a patient's unwillingness to go to doctors is due to the fact that he does not want financial or emotional help from his family, but prefers to cope with his problems on his own. Thus, marital status is an important factor that must be taken into account when analyzing the attitude of patients to the healthcare system. Studying this problem can help medical institutions develop more effective service strategies and increase patient satisfaction. *Materials and methods.* For the analysis, 495 patients of medical organizations in Moscow were obtained by questioning. Two comparison groups were formed, the main group (the presence of marital relations) 292 people, the control group (the absence of marital relations) 203 people. Taking into account the nonparametric distribution of the primary data, the criterion of the reliability of differences χ^2 was used to compare the groups, and the association coefficient was used to determine the dependence K_a . *Results.* According to the results of the analysis, taking into account the literature data, data on different approaches to the assessment of the medical care management system in patients with different family status were obtained. *Conclusions.* Family patients are more critical of the organization of the activities of individual departments of the polyclinic, but their criticism does not lead to a significant decrease in the overall assessment of the medical organization. Lonely patients make fewer specific claims, but reduce the overall assessment of the medical organization's activities.

Key words: marital status, social characteristics, polyclinic, medical organization, frequency of visits, organization of medical care, accessibility.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Cherkasov S.N., Martirosov A.V., Fedyaeva A.V., Kudryashova L.V. Marital status of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided on an outpatient basis. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ". Rehabilitation, Doctor and Health.* 2023;13(4):175–180. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.4.OZOZ.1>

Введение

Как показывает опыт, социальные факторы играют важную роль в отношении пациентов к здравоохранению. Каждый пациент уникален и имеет свои особенности, но усреднённые модели не учитывают индивидуальные потребности, что снижает эффективность лечения и превращает пациента в объект, а не субъект здоровья.

Именно потому, что каждый пациент важен, необходимо учитывать его социальный статус, культурную и этническую принадлежность, экономическое положение и другие факторы. Это поможет организовать более эффективное лечение и повысить результативность мероприятий по сохранению здоровья [1–4].

Кроме того, необходимо учитывать, что пациент является активным участником этого процесса. Его поведение и взаимодействие с системой здравоохранения могут как усилить, так и ослабить результативность проводимых мероприятий. Поэтому пациент должен быть включён в процесс принятия решений и иметь возможность свободно высказывать свои мнения и нести ответственность за свое здоровье.

Система здравоохранения должна учитывать все социальные факторы, включить пациента в процесс принятия решений и поддерживать его активную роль в сохранении здоровья. Только так можно достичь высокой степени принятия обществом существующей модели охраны здоровья и обеспечить эффективность проводимых мероприятий [5–7].

Влияние социальных характеристик не зависит от особенностей организации медицинской помощи и качества её оказания. Однако пациент как субъект воспринимает реальное положение через призму своего настроения, представлений, что приводит к некоторому искажению наблюдаемой ситуации [8–10]. При этом, искажение может быть как в негативную сторону, когда субъективные оценки занижаются, так и в позитивную сторону, когда субъективные оценки завышаются. Если использовать степень и уровень удовлетворённости пациентов как инструмент оценки качества организации медицинской помощи, что и предлагается в настоящее время, то необходимо понимать, как влияют на такие оценки не только социально-экономические факторы, но и социально-психологические, под действием которых происходит формирование настроения человека [11–13].

Так как институт семьи оказывает огромное влияние на жизнь человека, то и семейное окружение (независимо от факта регистрации брака) потенциально обладает сильным влиянием на поведение, настроение и восприятие окружающего мира. Ранее делались попытки исследовать такую зависимость, однако полноценного понимания степени влияния на отдельные элементы организации медицинской помощи не существует [14–18].

Цель исследования: проанализировать, как семейное положение пациента влияет на его отношение к организации медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, так как это является социальной характеристикой пациента.

Материалы и методы исследования

Первичные данные для проведения анализа были получены путём анкетирования 495 пациентов медицинских организаций г. Москвы. В соответствии с целью исследования были сформированы две группы сравнения на основании информации, полученной от пациентов в отношении их семейного положения. В основную группу (наличие брачных отношений) было включено 292 человека, в контрольную (отсутствие брачных отношений) – 203 человека. Выделенные группы были сравнимыми по основным демографическим характеристикам. С учётом непараметрического распределения первичных данных, для сравнения групп использовали критерий достоверности различий χ^2 , для определения зависимости использовали коэффициент ассоциации K_a .

Результаты

Большинство пациентов в обеих группах считали медицинскую помощь доступной: по 67 из 100 опрошенных в основной и контрольной группах. Каждый десятый считал медицинскую помощь недоступной (по 10 из 100 опрошенных в обеих группах). Средняя величина оценки работы поликлиники, к которой прикреплен пациент, составила в основной группе пациентов $3,45 \pm 0,062$ балла, тогда как в контрольной группе она была меньше – $3,31 \pm 0,085$ балла, что демонстрирует более критическое отношение к организации медицинской помощи одиноких пациентов. Однако достоверных различий, определённых классическими методами вариационной статистики, выявлено не было ($t = 1,34$, что ниже порогового уровня принятия решения). Коэффициент корреляции между частотой посещения поликлиники и величиной оценки в основной группе составил 0,16, а в контрольной группе – 0,08, что свидетельствует об отсутствии такой зависимости.

Частота посещения поликлиники пациентами основной и контрольной группы не различалась. В основной группе она составила 2,66 раза в год, в контрольной – 2,79 раза в год (разница не превышала 5 %). В соответствии с данными опроса около половины пациентов имели одно

или несколько хронических заболеваний (43 из 100 опрошенных в основной и 45 из 100 опрошенных в контрольной группе). Полученные данные подтверждают сравнимость групп, пациенты которых имели одинаковую потребность в медицинской помощи в соответствии с показателями индивидуального здоровья. Частота острых заболеваний была несколько выше среди пациентов основной группы – 1,17 против 1,09 заболеваний в год. Удельный вес часто болеющих пациентов (более 3-х острых заболеваний в течение года) был одинаковым в обеих группах (10,4 % в основной и 11,8 % в контрольной группе, $p > 0,05$). Таким образом, сравниваемые группы были сопоставимы и по уровню заболеваемости и, соответственно, по объёму потребности в медицинской помощи.

Проведённое исследование показало, что медицинские организации, посещаемые семейными парами, имеют более высокую оценку качества работы от своих пациентов. В то же время наименее удовлетворены работой организации пациенты, которые посещают её одиночками. Результаты опроса также свидетельствуют о том, что частота посещения влияет на общую оценку работы медицинской организации. Те, кто посещают организацию более 4 раз в год, гораздо более довольны её работой, чем те, кто посещает её реже. Отчёт о результатах исследования с подробными данными представлен в таблице 1.

В основную группу вошли пациенты при наличии брачных отношений (независимо от факта регистрации таких отношений), в контрольную группу – со статусом не женат/не замужем, разведен(а), вдовец/вдова. Регулярность посещений влияет на качество оказываемой медицинской помощи. Однако, стоит учитывать, что высокая оценка может быть связана не только с качеством медицинской организации, но и с другими факторами, например, с доверием к конкретному врачу или с удобством расположения медицинской организации. Поэтому необходимо продолжать исследования в данной области, чтобы получить более точную картину о взаимосвязи между частотой посещений и оценкой качества медицинской помощи.

Достоверные различия в величине оценки между пациентами сравниваемых групп наблюдались среди пациентов, которые посещали медицинскую организацию не менее 1 раза и не более 5 раз в год. Среди таких пациентов более высокие оценки организации медицинской помощи регистрировались в основной группе ($p < 0,05$).

Таблица 1. Оценка качества работы медицинской организации, которая оказывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в зависимости от частоты посещений пациентов основной и контрольной группы (учитывается семейное положение)

Table 1. Assessment of the quality of work of a medical organization that provides medical care on an outpatient basis, depending on the frequency of visits to patients of the main and control groups (marital status is taken into account).

Количество посещений медицинской организации в амбулаторных условиях	Основная группа	Контрольная группа	Достоверность различий
Крайне редко (менее 1 раза в год)	$3,26 \pm 0,07$	$3,39 \pm 0,09$	$> 0,05$
1–2 раза в год	$3,49 \pm 0,06$	$3,08 \pm 0,08$	$< 0,05$
3–5 раз в год	$3,55 \pm 0,05$	$3,24 \pm 0,09$	$< 0,05$
Более 5 раз в год	$3,68 \pm 0,05$	$3,61 \pm 0,07$	$> 0,05$
Независимо от частоты посещений	$3,44 \pm 0,06$	$3,31 \pm 0,08$	$> 0,05$

По результатам исследования выяснилось, что пациенты оценивают работу администрации по организации медицинского обслуживания критично. Средняя величина оценки составила $3,35 \pm 0,06$ балла в основной группе и $3,16 \pm 0,07$ балла в контрольной, оценка деятельности ниже на 0,09 балла и 0,15 балла соответственно. Наибольшее недовольство было выявлено у одиночных пациентов. В то же время в основной группе уровень удовлетворённости был выше, чем в контрольной группе (достоверность $p < 0,05$). Эти данные могут помочь администрации улучшить организацию работы и повысить удовлетворённость пациентов.

Увеличение частоты посещения поликлиники не приводит к повышению оценки здоровья пациентов. Другие факторы, такие как правильное лечение и оптимизация образа жизни, являются более значимыми для поддержания здоровья.

Повышение оценки с увеличением частоты посещения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в основной группе выявлено не было.

Максимальные оценки регистрировались при средней частоте посещений, однако различия между выставленными оценками были минимальными. В контрольной группе минимальные оценки (наиболее критичные) наблюдались у пациентов при средней частоте посещений и они были достоверно ниже, чем у пациентов основной группы ($p < 0,05$). При высокой частоте посещений (более 5 раз в год) различий в величине оценок не наблюдалось ($p > 0,05$).

Использование корреляционного анализа не позволило выявить наличия связи между частотой посещения поликлиники и величиной оценки деятельности административных структур по организации медицинской помощи. Коэффициент корреляции между частотой посещения поликлиники и величиной оценки составил в основной группе пациентов 0,03, а в контрольной группе пациентов – 0,06. Такие значения коэффициента корреляции свидетельствуют об отсутствии значимой зависимости.

Большинство оценок деятельности медицинских организаций и администрации города по организации медицинской помощи соответствовали друг другу как в основной, так и в контрольной группах.

Однако более часто такое соответствие регистрировалось в основной группе пациентов – 71,2 % против 63,5 % в контрольной группе. Превышение величины оценки деятельности медицинской организации над величиной оценки деятельности администрации в основной группе наблюдалось в 15,8 % случаев, а в контрольной – в 20,2 % случаев. Более низкие оценки деятельности медицинских организаций против оценки деятельности администрации наблюдались в 13,0 % случаев в основной группе и в 16,3 % случаев в контрольной группе.

Различия в оценке системы управления медицинской помощью среди пациентов с разным семейным статусом приводят к тому, что их подходы к оценке деятельности медицинской организации будут отличаться. Одиночные пациенты, вероятно, будут более критично относиться к организации их медицинского обслуживания в сравнении

с пациентами из контрольной группы. Для обеспечения качества медицинской помощи необходимо учитывать особенности и потребности разных групп пациентов, в том числе с учётом их семейного статуса.

В основной группе половиной опрошенных было высказано 292 претензии. Если исключить тех, кто не высказывал претензии, то в среднем каждый оставшийся высказал по 2,04 претензии к организации деятельности подразделений поликлиники. В контрольной группе среднее число высказанных претензий к организации деятельности отдельных подразделений поликлиники составило 1,66 (при исключении тех, кто не высказал ни одной претензии).

Пациенты зачастую выражают своё недовольство по поводу работы медицинских специалистов. Особенно часто жалоба касается организации работы участковых врачей и узких специалистов. Семейные пациенты чаще всего обеспокоены работой узких специалистов, тогда как одинокие пациенты склонны выразить свои нарекания по поводу работы участковых врачей.

Пациенты, состоящие в семейных отношениях, более часто желают иметь право выбора врача. По результатам настоящего исследования 85 из 100 опрошенных респондентов основной группы хотели бы иметь такое право. В контрольной группе таких пациентов было меньше (75 из 100 опрошенных). В данном случае различия были значимыми ($K_a = 0,31$; $\chi^2 = 3,13$). Такое распределение объяснялось различием в частоте неопределённых ответов (в основной группе не определился каждый десятый опрошенный, а в контрольной группе каждый шестой), тогда как удельный вес отрицательных ответов в группах был на одном уровне ($p > 0,05$).

Пациенты единогласно соглашались в одном – профессионализм и внимание являются самыми важными качествами, которыми должен обладать хороший врач. Для большинства людей это стоит на первом и втором местах соответственно. Это относится не только к семейному положению, но и к возрасту и социальному статусу. Примерно одинаковое количество пациентов обращает внимание на эти качества в обеих группах. Результаты опроса, проведённого среди пациентов основной и контрольной групп, показали, что для большинства из них основным критерием выбора врача является его вежливость. Однако доброта и сочувствие, которые также играют важную роль в профессиональной деятельности врача, не так значимы для большинства испытуемых. В тоже время стаж работы врача был выделен как наиболее важный критерий, определяющий его профессиональный уровень.

Более 70 % опрошенных в обеих группах подтвердили этот факт. Полученные данные могут помочь совершенствовать качество медицинского обслуживания и повышать степень доверия пациентов к медицинскому персоналу. По результатам опроса пациентов стало ясно, что для большинства из них опыт является наиболее важным критерием при выборе лечащего врача, а учёная степень или квалификационная категория идут на втором месте. Место работы и должность врача менее играют роль. Кроме того, некоторые пациенты ориентируются на стаж

работы врача. Ещё есть пациенты, которые оценивают врача по совершенно индивидуальным критериям.

Главным, и наиболее распространённым, источником информации для пациентов при выборе врача независимо от принадлежности к сравниваемым группам были отзывы других пациентов, которые уже лечились у данного специалиста (70 из 100 опрошенных в основной и 67 из 100 опрошенных в контрольной группе). Вторым по значимости источником является предшествующий опыт обращения к этому врачу. Данный источник имеет более важное значение для пациентов контрольной группы (50 из 100 опрошенных в основной против 66 из 100 опрошенных в контрольной группе, $p < 0,05$; $K_a = -0,32$; $OR = 0,76$; $\chi^2 = 5,25$). Полученные данные логичны, ведь одинокие пациенты больше доверяют собственному мнению, тогда как семейные пациенты часто полагаются на мнение людей, которые находятся рядом с ними. Такие результаты ещё раз подтверждают адекватность данных, полученных в результате опроса пациентов.

Рейтинг на сайте медицинской организации более важен одиноким пациентам (13 против 10 из 100 опрошенных пациентов контрольной и основной группы соответственно), как и отзывы в интернете (13 против 10 из 100 опрошенных пациентов контрольной и основной группы соответственно). Однако достоверных различий не выявляется ($p > 0,05$). Также не выявляется достоверных различий и в отношении значимости для пациентов и других источников информации ($p > 0,05$). Пациенты мало доверяют средствам массовой информации (4 из 100 опрошенных независимо от принадлежности к группе) и ещё меньше они доверяют рекламе (1 из 100 опрошенных независимо от принадлежности к группе).

Выявленные закономерности у пациентов с разным семейным статусом проявились и при анализе критериев выбора медицинской организации. Наиболее важным критерием ожидаемо стал «наличие грамотных специалистов в штате организации». И достоверных различий между ча-

стотой указания на данный критерий в сравниваемых группах не было (75 из 100 опрошенных в основной и 81 из 100 опрошенных в контрольной группе соответственно) ($K_a = -0,17$; $\chi^2 = 1,05$) ($p > 0,05$). Вторым по значимости критерием стала «хорошая репутация медицинской организации». Значимость данного критерия также не отличалась в сравниваемых группах (55 против 57 из 100 опрошенных в основной и контрольной группах соответственно) ($K_a = -0,04$; $\chi^2 = 0,08$) ($p > 0,05$).

Единственный критерий, в отношении которого была выявлена достоверная разница в частоте ответов, был «отсутствие очередей на приём». Своё время больше ценят одинокие пациенты (21 против 34 из 100 опрошенных в основной и контрольной группе соответственно) ($K_a = -0,32$; $\chi^2 = 4,24$) ($p < 0,05$).

Заключение

Проведено исследование, которое оценивает систему управления медицинской помощью в зависимости от семейного статуса пациентов. Одинокие пациенты оказались критичнее к действиям медицинских учреждений и администрации города, организующей их лечение. Частота посещения поликлиники не повлияла на оценку пациентов, но показала различия между теми, кто ходит от 1 до 5 раз в год. Оценки деятельности медицинской организации и её обслуживания различны в зависимости от статуса пациента. Семейные пациенты более критичны к работе поликлиники, но не оценивают её в целом. Одинокие пациенты высказывают меньше претензий, но имеют негативное мнение о работе медицинской организации. Важными критериями выбора организации являются наличие профессиональных врачей, репутация, доступность и качество помощи. Однако одинокие пациенты также ценят свое время, затраченное на получение медицинской помощи. Независимо от своего семейного статуса пациенты ожидают от врачей высокого качества лечения и внимания к своим проблемам.

Литература [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. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010301>
- Волкова О.А., Смирнова Е.В., Черкасов С.Н. Региональные аспекты оценки эффективности управления ресурсами медицинских организаций. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020;13(4):401–412. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.064>. [Akulin IM, Chesnokova EA, Smirnova KM, Presnyakov RA. Regional aspects of evaluating the effectiveness of health organization resource management. *Pharmacoeconomics. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2020;13(4):401–412. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.064>. (In Russ)].
- Шаповалова М.А., Аношко В.П. Условия реформирования здравоохранения. *В мире научных открытий*. 2010;2-4(8):159–160. <https://naukarus.com/usloviya-reformirovaniya-zdravooxraneniya> [Shapovalova MA, Anopko VP. Conditions for healthcare reform]. *In the world of scientific discoveries*. 2010;2-4(8):159–160. <https://naukarus.com/usloviya-reformirovaniya-zdravooxraneniya> (In Russ)].
- 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. <https://doi.org/10.25728/assa.2020.20.1.864>
- Черкасов С.Н., Волкова О.А. К вопросу рационального управления ресурсами медицинских организаций. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017;5-6:27–34. <https://ps.newdiamed.ru/issue/id45366/id45380>. [Cherkasov SN, Volkova OA. On the issue of rational management of resources of medical organizations. *Standardization problems in health care*. 2017;5-6:27–34. <https://ps.newdiamed.ru/issue/id45366/id45380> (In Russ)].
- 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. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2022.4.OZOZ.1> [Cherkasov SN, Gorbunov AL, Saidov SS, Fedyaeva AV, Sukhov AA. 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*. 2022;4(58):98–103. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2022.4.OZOZ.1> (In Russ)].
- Лысов Н.А., Белоконев В.И., Супильников А.А. Возможности использования нейросетевых технологий в прогнозировании результата хирургического лечения пациента с грыжей. *Фундаментальные исследования*. 2011;11-3:530–535. [Lysov N.A., Belokonev V.I., Supilnikov A.A.

- Possibilities of using neural network technologies in predicting the outcome of surgical treatment of a patient with a hernia. *Fundamental research*. 2011;11-3:530–535. (In Russ)]
- 8 Missinne S, Meuleman B, Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*. 2013;23:231–247. <https://doi.org/10.1177/09589287134800>
 - 9 Munro N, Duckett J. Explaining public satisfaction with health-care systems: findings from a nationwide survey in China. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. 2016;19(3):654–666. <https://doi.org/10.1177/0958928713480065>
 - 10 Сараев А.Р., Сахибгареева Э.Х., Черкасов С.Н., Сопова И.Л. Оценка социального статуса потенциального потребителя как условие обеспечения высокой эффективности деятельности медицинской организации. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2013;2-3(12-13):131–132. <https://www.rosmedobr.ru/journal/2013-god/>. [Saraev AR, Sakhibgareeva EK, Cherkasov SN, Sopova IL. Assessment of the social status of a potential consumer as a condition for ensuring high efficiency of the medical organization. *Medical education and professional development*. 2013;2-3(12-13):131–132. <https://www.rosmedobr.ru/journal/2013-god/> (In Russ)].
 - 11 Егiazарян К.А., Черкасов С.Н., Атаева Л.Ж. Мониторинг реализации государственной политики в области профилактики производственного травматизма. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2016;3(51):31–35. <https://ps.newdiamed.ru/issue/id29106/id29290>. [Egiazaryan KA, Cherkasov SN, Attaeva LZ. Monitoring the implementation of the state policy in the field of occupational injury prevention. *Public health and health*. 2016;3(51):31–35. <https://ps.newdiamed.ru/issue/id29106/id29290> (In Russ)].
 - 12 Кочубей А.В. Качество медицинской помощи: теория. *Московский хирургический журнал*. 2017;1(53):48–52. <https://readera.org/142211303>. [Kochubey AV. Quality of care: theory. *Moscow Surgical Journal*. 2017;1(53):48–52. <https://readera.org/142211303> (In Russ)].
 - 13 Деев И.А., Кобыкова О.С., Бойков В.А., Шибалков И.П., Барановская С.В., Протасова Л.М., Шнайдер Г.В., Суворова Т.А. Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи амбулаторном звене. *Менеджер здравоохранения*. 2020;8:35–40. <https://doi.org/10.37690/1811-0185-2020-8-35-40>. [Deev IA, Kobyakova OS, Boykov VA, Shibalkov IP, Baranovskaya SV, Protasova LM, Shnyder GV, Suvorova TA. Citizens' satisfaction as an indicator of the effectiveness of organizational models of providing medical care to the outpatient team. *Health Care Manager*. 2020;8:35–40. <https://doi.org/10.37690/1811-0185-2020-8-35-40> (In Russ)].
 - 14 Лысов Н.А., Пензина О.П., Прохоренко И.О., Супильников А.А., Девяткин А.А. Результаты анкетирования пациентов по вопросам качества сестринской помощи. *Фундаментальные исследования*. 2012;4-1:80–83. [Lysov N.A., Penzina O.P., Prokhorenko I.O., Supilnikov A.A., Devyatkin A.A. Results of patient questionnaire on the quality of nursing care. *Fundamental research*. 2012;4-1:80–83. (In Russ)]
 - 15 Leirich BM, Goshtasbi K, Brown NJ. Predictors of Patient Satisfaction in Spine Surgery: A Systematic Review. *World Neurosurgery*. 2021; 146:1160–70. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.11.125>
 - 16 Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса. *Профилактическая медицина*. 2018;21(4):20–24. [Buzina T.S., Buzin V.N. Socio-psychological aspects of the treatment process. *Preventive medicine*. 2018;21(4):20–24. (In Russ)].
 - 17 Супильников А.А., Чебыкин А.В., Трифонова М.В. Клинико-статистические показатели общественного здоровья и здравоохранения России и методики их расчета: учебное пособие. Самара, 2012. [Supilnikov A.A., Chebykin A.V., Trifonova M.V. Clinical and statistical indicators of public health and healthcare of Russia and methods of their calculation: textbook. Samara, 2012. (In Russ)]
 - 18 Александрова О.Ю. и др. Развитие технологий здоровьесбережения: от индивидуального подхода к семейному. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1470–1474. [Alexandrova O.Yu. et al. The development of health-saving technologies: from an individual approach to a family one. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(6):1470–1474. (In Russ)].

Авторская справка**Author's reference****Черкасов Сергей Николаевич**

Д-р мед. наук, доцент, главный научный сотрудник лаборатории 81 «Управления общественным здоровьем», Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Профсоюзная ул., д. 65, Москва, Россия, 117342.

ORCID 0000-0003-1664-6802; cherkasovsn@mail.ru

Вклад автора: концепция и дизайн исследования.

Sergey N. Cherkasov

Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Chief Researcher of the Laboratory 81 "Public Health Management", V.A. Trapeznikov Institute of Management Problems, 65 Profsoyuznaya str., Moscow, 117342, Russia.

ORCID 0000-0003-1664-6802; cherkasovsn@mail.ru

Author's contribution: the concept and design of the study.

Мартыросов Арам Вацаганович

Канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение», Московский медицинский университета «Реавиз», ул. Краснобогатырская, д. 2, стр. 2, Москва, Россия, 107564.

ORCID 0000-0001-5240-8372; dr.martirosov@mail.ru

Вклад автора: анализ данных, написание текста.

Aram V. Martirosov

Cand. Sci. (Med.), Senior Lecturer of the Department of Public Health and Healthcare, Moscow Medical University "Reaviz", 2 Krasnobogatyrskaya str., p. 2, Moscow, 107564, Russia.

ORCID 0000-0001-5240-8372; dr.martirosov@mail.ru

Author's contribution: data analysis, text writing.

Федяева Анна Владимировна

Канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории 81 «Управления общественным здоровьем», Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Профсоюзная ул., д. 65, Москва, Россия, 117342.

ORCID 0000-0002-8874-0921; orgzdravotdel@gmail.com

Вклад автора: анализ данных, написание текста.

Anna V. Fedyaeva

Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher at the Laboratory 81 "Public Health Management", V.A. Trapeznikov Institute of Management Problems, 65 Profsoyuznaya str., Moscow, 117342, Russia.

ORCID 0000-0002-8874-0921; orgzdravotdel@gmail.com

Author's contribution: data analysis, text writing.

Кудряшова Лариса Владимировна

Канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение», Московский медицинский университета «Реавиз», ул. Краснобогатырская, д. 2, стр. 2, Москва, Россия, 107564.

ORCID 0000-0002-7245-7128; larsson@mail.ru

Вклад автора: обзор литературы, написание текста.

Larisa V. Kudryashova

Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare, Moscow Medical University "Reaviz", 2 Krasnobogatyrskaya str., p. 2, Moscow, 107564, Russia.

ORCID 0000-0002-7245-7128; larsson@mail.ru

Author's contribution: literature review, writing the text.

Received May, 18th 2023

Approved after reviewing July, 10th 2023

Accepted for publication July, 28th 2023

Статья поступила 18.05.2023

Одобрена после рецензирования 10.07.2023

Принята в печать 28.07.2023