

*О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України*

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО СКЛАДУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ОБСЛУГОВУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Проведено соціологічне дослідження 389 медичних працівників практичної охорони здоров'я, поділених на три групи порівняння за ступенем контакту з інкурабельними та важкими хворими (постійний контакт, періодичний і практично відсутній).

Встановлено, що медичний персонал, який безпосередньо надає паліативну і хоспісну допомогу, порівняно із працівниками первинної ланки та організаторами охорони здоров'я, характеризується молодшим віковим складом, меншим стажем та нижчим рівнем кваліфікації, більшою часткою жінок та молодших медичних спеціалістів, нижчими доходами. Це може непрямо вказувати на плінність кадрів і непривабливість роботи з інкурабельними хворими та мати негативний вплив на якість надання паліативної та хоспісної допомоги.

**Ключові слова:** паліативна та хоспісна допомога, медичні кадри.

Одним з найвагоміших факторів, який забезпечує необхідну ефективність діяльності національної системи охорони здоров'я є її кадровий ресурс. Доступність та якість медичної допомоги безпосередньо залежить від забезпеченості кадрами, рівня їх кваліфікації, соціальних, гендерних характеристик тощо [1, 2].

В цьому плані досить специфічними є вигоди до медичного персоналу, задіяного у сфері паліативної та хоспісної допомоги (ПХД), мета якої – забезпечити максимально можливу якість життя пацієнта з тяжким невиліковним захворюванням до останнього моменту та систему підтримки сім'ї під час хвороби їхніх близьких і в період скорботи [3, 4, 5].

Звичайно, що у відповідності до рекомендацій Ради Європи, ВООЗ, Європейської асоціації паліативної допомоги навичками цього виду медичного обслуговування повинні володіти всі працівники сфери охорони здоров'я, а не лише спеціалісти з ПХД [3, 4]. Однак, професійна діяльність медичного персоналу, який постійно працює з інкурабельними пацієнтами, має свою негативну специфіку, оскільки супроводжується високою стресогенністю, значним емоційним і фізичним навантаженням, відповідальністю, постійним контактом з процесом помирання і смерті, відсутністю позитивних результатів докладених зусиль (адже все-одно прогноз для пацієнтів песимістичний), підвищеним ризиком розвитку синдрому емоційного вигорання. Все це робить таку професійну діяльність мало привабливою та непрестижною і на думку міжнародних та вітчизняних експертів може бути причиною високої пліннос-

ті медичних кадрів, притаманної сфері ПХД в цілому світі [4, 6, 7].

**Мета роботи.** Провести порівняльний аналіз складу медичного персоналу, який в різній мірі співпрацює з інкурабельними і важкохворими пацієнтами, за віком, статтю, рівнем кваліфікації, стажем роботи та рівнем матеріального доходу, як чинників можливого впливу на якість надання паліативної допомоги.

### Матеріали та методи

За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників практичної охорони здоров'я. Дизайн дослідження передбачав розподіл медичного персоналу на три групи за ступенем контакту з інкурабельними та важкохворими пацієнтами, у відповідності з яким першу (основну) групу склали 211 медичних працівників, які власне і надають паліативну чи хоспісну допомогу, оскільки мають з такими хворими безпосередній постійний контакт, другу групу сформували 111 медиків первинної ланки, ступінь контакту яких із інкурабельними хворими можна оцінити як середній, а третю – 67 організаторів охорони здоров'я, які контактують з таким контингентом хворих спорадично. Дослідження проводилось на базі закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська (обласний онкологічний диспансер, хоспіс, обласна клінічна лікарня, центральна міська клінічна лікарня, обласний центр СНІДу).

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані,

для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  [8].

### Результати та обговорення

Слід зазначити, що за основними демографічними параметрами порівнювані групи медичних працівників суттєво відрізнялись між собою.

Як видно на рисунку 1, майже дві третини (66,9%) працівників ПХД – молоді люди у віці до 40 років, проти 43,2% серед працівників ПМСД та 32,8% серед керівників закладів охорони здоров'я ( $p < 0,001$ ).

На наш погляд, така ситуація може бути спричинена притаманною для сфери ПХД плінністю кадрів, пов'язаною з підвищеним психоемоційним та фізичним навантаженням, низькою професійною мотивацією.

За статевим розподілом, як видно на рисунку 2, основний тягар обслуговування інкурабельних хворих припадає на медичний персонал жіночої статі, яких, як у групі респондентів, які безпосередньо надають ПХД, так і в групі працівників ПМСД – абсолютна більшість (81,0±2,7% та 80,2±3,8% відповідно). Серед організаторів охорони здоров'я частка осіб жіночої статі удвічі нижча – (44,8±6,1%,  $p < 0,001$ ).

Крім того, частка молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють з інкурабельними хворими є значно вищою в порівнянні з медичним персоналом первинної ланки (55,9±3,4% проти 19,8±3,8%,  $p < 0,001$ ), що відображає специфіку змісту ПХД – більшу потребу пацієнтів у догляді та в опіці, ніж у лікарській допомозі. Однак, враховуючи, що обслуговування інкурабельних пацієнтів, крім психологічного навантаження, вимагає значних фізичних зусиль, дивує, що всі представники середнього медичного персоналу у сфері ПХД – особи жіночої статі. На наш погляд, вказаний акцент є ще одним свідченням гендерних

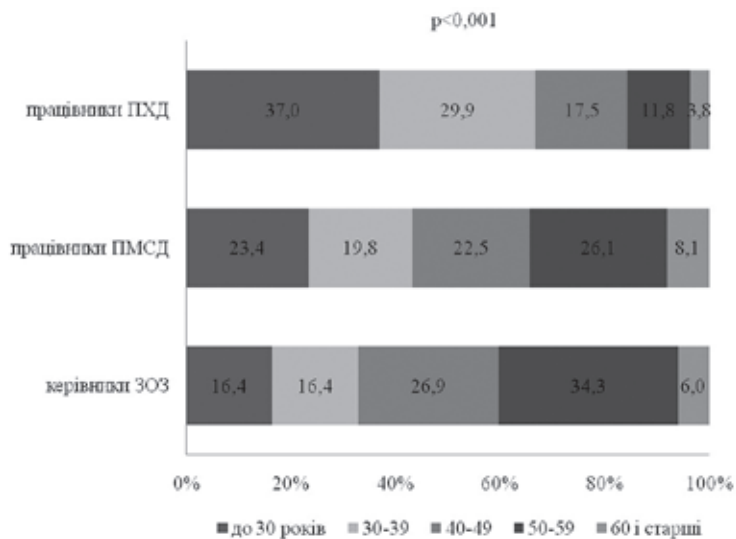


Рис. 1. Вікова структура опитаних медичних працівників

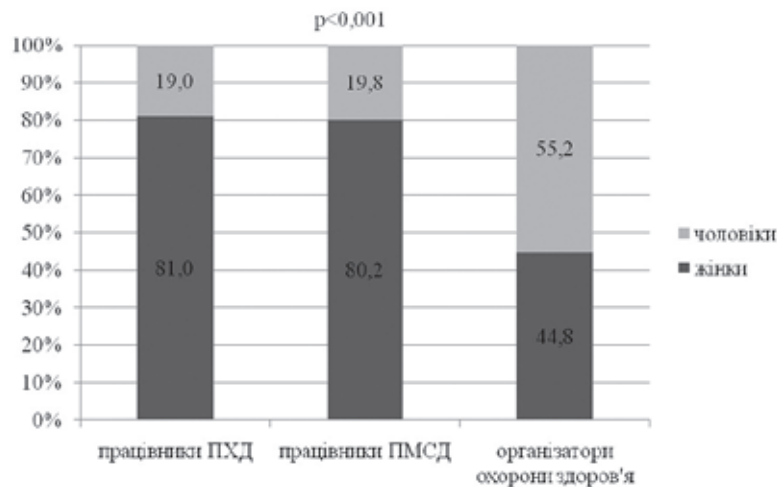


Рис. 2. Розподіл респондентів за статтю

стереотипів в цій професії внаслідок фінансової непривабливості, труднощів кар'єрного росту, низького престижу роботи тощо.

За місцем постійного проживання порівнювані групи між собою не відрізнялись ( $p < 0,05$ ). Більшість з них ( $74,6 \pm 5,3\%$  –  $85,6 \pm 3,3\%$ ) – це містяни.

Аналізуючи рівень кваліфікації та стаж, враховуючи тісну кореляцію цих параметрів між собою та віком опитаних, зрозуміло, чому медичний персонал, який працює в сфері паліативної чи хоспісної допомоги, в цілому характеризувався нижчим рівнем кваліфікації ( $p < 0,001$ ) порівняно з іншими медичними працівниками (рис. 3).

Так, серед працівників ПХД зареєстровані найбільші частки не атестованих ( $37,7 \pm 3,4\%$ ) та осіб з другою кваліфікаційною категорією ( $20,3 \pm 2,8\%$ ) у порівнянні із працівниками первинної ланки – ( $31,5 \pm 4,5\%$ ) і ( $12,0 \pm 3,1\%$ ) відповідно та організаторами охорони здоров'я – ( $28,4 \pm 5,5\%$ ) і ( $17,9 \pm 4,7\%$ ). І навпаки – з першою кваліфікаційною категорією серед працівників ПХД у 1,5–2 рази менше, ніж серед інших: ( $16,4 \pm 2,6\%$ ) проти ( $30,6 \pm 4,4\%$ ) працівників ПМСД і ( $25,4 \pm 5,3\%$ ) керівників за-

кладів охорони здоров'я. Разом з тим, частки осіб з вищою кваліфікаційною категорією у порівнюваних групах були практично однакові: ( $25,6 \pm 3,0\%$ ), ( $25,9 \pm 4,2\%$ ) та ( $28,4 \pm 5,5\%$ ) відповідно. Зрозуміло, що провідними причинами розглянутої ситуації можуть бути встановлені вище особливості вікової структури основної групи, більшої частки серед них молодших медичних спеціалістів, і можливо більш вираженої плинності кадрів.

Саме тому, очевидно, серед респондентів медичних працівників сфери ПХД, як видно на рисунку 4, зафіксована й найвагоміша частка тих, хто мали незначний стаж роботи – до 10 років ( $43,3 \pm 3,5\%$ ), в той час як частка персоналу з таким же стажем на первинній ланці та серед організаторів охорони здоров'я значно нижча –  $28,6 \pm 4,4\%$  і  $27,3 \pm 5,5\%$  відповідно ( $p < 0,001$ ).

Також у 1,5–2 рази вища й питома вага серед працівників ПХД осіб із стажем роботи 10–19 років:  $27,1 \pm 3,1\%$  проти  $14,3 \pm 3,4\%$  і  $19,7 \pm 4,9\%$  відповідно. І навпаки – серед респондентів ПХД значно менше осіб із стажем роботи понад 20 років ( $21,2 \pm 3,2\%$  проти  $57,1 \pm 4,8\%$  і  $53,0 \pm 6,1\%$  серед працівників ПМСД і керівни-

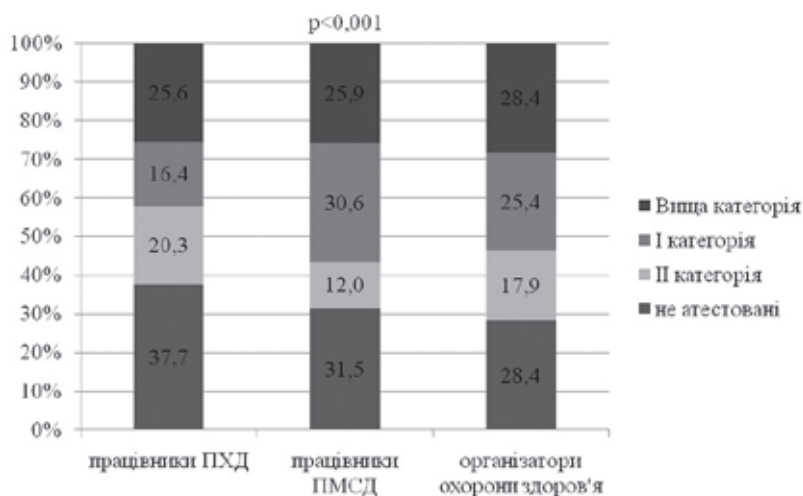


Рис. 3. Характеристика рівня кваліфікації респондентів

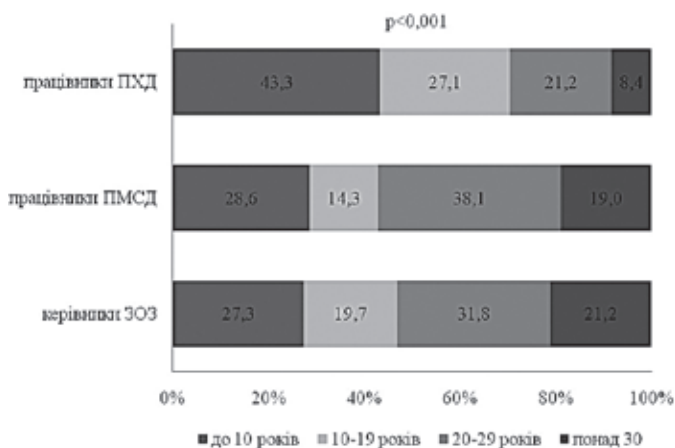


Рис. 4. Розподіл респондентів за стажем роботи

ків закладів охорони здоров'я). Очевидно, це в черговий раз свідчить в користь вибування медичного персоналу ПХД з професії.

При вивченні рівня соціального благополуччя респондентів, а саме його фінансової складової, встановлено, що значна частка медичного персоналу первинної ланки та працівників сфери ПХД вважають свою працю низькооплачуваною (41,8±4,7 і 40,3±3,4% відповідно) проти 19,4±4,8% організаторів охорони здоров'я ( $p < 0,001$ ). Проте необхідно вказати, що оцінка свого матеріального благополуччя є досить суб'єктивною і може бути зумовлена тим, що респонденти порівнювали своє фінансове забезпечення з аналогічним серед своєї соціальної групи. Однак, серед всіх опитаних суб'єктивна оцінка та об'єктивні дані майже співпадали тільки у медичного персоналу, який надає паліативну чи хоспісну допомогу. Практично у половини (48,1±3,9%) респондентів цієї групи дохід на одного члена сім'ї був нижчим прожиткового мінімуму (очевидно теж за рахунок більшої частки молод-

ших медичних спеціалістів серед респондентів ПХД), проти 32,9±5,4% серед працівників первинної ланки та 10,7±4,1% організаторів охорони здоров'я.

### Висновки

1. Встановлено, що медичний персонал, який безпосередньо надає паліативну і хоспісну допомогу, порівняно із працівниками первинної ланки та організаторами охорони здоров'я, характеризується молодшим віковим складом, нижчим стажем та рівнем кваліфікації, більшою часткою жінок та молодших медичних спеціалістів, нижчими доходами. Це може непрямо вказувати на плінність кадрів і непривабливість роботи з інкурабельними хворими та мати негативний вплив на якість надання паліативної та хоспісної допомоги.

2. Перспективи подальших досліджень полягатимуть у перевірці висунутих гіпотез та розробці відповідних заходів поліпшення кадрового ресурсного забезпечення ПХД.

### Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 3 (31). – С. 20–22.
2. Москаленко В. Ф. Основні пріоритети подальшого розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, (м. Житомир, 23–25 жовтня 2008 р.). – 2008. – Т. 2. – С. 150–152.
3. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // Eur. J of Palliative Care. – 2009. – # 16 (6). – P. 278–289.
4. World Health Organization. Better Palliative Care for Older People // Regional Office for Europe, WHO. – 2004. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf). – Титул з екрану.
5. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV / 1, № 10. – С. 26–28.
6. Maslach C. Measuring Burnout / C. Maslach, M.P. Leiter, W.B. Schaufeli // The Oxford handbook of organizational well-being. Oxford (UK): Oxford University Press. – 2008. – P. 86–108.
7. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
8. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2013

**О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова**

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МЗ України

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО СОСТАВА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Проведено социологическое обследование 389 медицинских работников практического здравоохранения, разделенных на три группы сравнения по степени контакта с инкурабельными и тяжелыми больными (постоянный контакт, периодический и практически отсутствует). Установлено, что медицинский персонал, который непосредственно оказывает паллиативную и хосписную помощь, по сравнению с работниками первичного звена и организаторами здравоохранения, харак-

теризується більш молодим віковим складом, меншим стажем і рівнем кваліфікації, більшим удільним вагом жінок і молодших медичних спеціалістів, більш низькими доходами. Це може косвенно вказувати на текучість кадрів, непривлекательність роботи з інкурабельними хворими і негативне вплив на якість надання паліативної і хоспісної допомоги.

**Ключевые слова:** паліативна і хоспісна допомога, медичні кадри.

*O. Z. Detsyk, Jh. M. Zolotarova*

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MEDICAL STAFF IN FACILITIES SERVICING THE PALLIATIVE PATIENTS

Conducted sociological study involved 389 health care workers, divided into three groups comparing by the degree of contact with incurable and severe patients (direct contact, from time to time and practically none). It was established medical personnel who directly provides palliative and hospice care, compared to primary care workers and health care managers, are characterized by a youngest age structure, less length of service and qualified, higher percentages of women and nurses, the low income. All of this indirectly indicate a personnel turnover, unattractive work with incurable patients, and would have a negative impact on the quality of palliative and hospice care.

**Keywords:** palliative and hospice care, medical staff.