

В.Я. Бойко, О.О. Дорошенко, М.В. Шевченко (Київ)

ВИВЧЕННЯ ДУМКИ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Наведено результати соціологічного опитування, проведеного з метою вивчення думки населення щодо надання медичної допомоги різних видів у закладах охорони здоров'я Рівненської області.

Ключові слова: оцінка, медична допомога, заклади охорони здоров'я, стан здоров'я.

Створення гнучких і ефективних систем управління ресурсами закладів охорони здоров'я вказує на необхідність розробки нових методологічних підходів до організації збору, обробки, аналізу даних про обсяги медичної допомоги, ресурсних і трудових затратах на відповідному рівні. Аналіз динаміки кількісних показників обсягів медичної допомоги населенню на базі муніципальних закладів показав, що основним напрямком реформування муніципальної системи охорони здоров'я є не скорочення ліжкового фонду, а реструктуризація обсягів медичної допомоги на основі даних клініко-економічного аналізу надання медичної допомоги та необхідних ресурсних і трудових затрат персоналу [1].

Рівень здоров'я населення значно впливає на економічний, соціальний та культурний розвиток країни, її демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку й добробуту суспільства.

Аналіз сучасного стану громадського здоров'я в Україні свідчить про негативні тенденції в тріаді статистичних показників, а саме: у показниках відтворення населення (медико-демографічні дані); показниках розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність). При цьому чинниками цих негативних тенденцій в Україні є всі основні детермінанти здоров'я, на які вказують експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я, а саме: соціально-економічне становище, стан довкілля, якість харчування та питної води, зростаюче розшарування населення за рівнем доходів, неналежна організація надання медичної допомоги тощо.

Доступність даних про стан здоров'я населення є основою для виявлення та розуміння проблем громадського здоров'я, а також планування і оцінки діяльності у сфері охорони здоров'я. Ці дані також необхідні для проведення досліджень з метою порівняння показників надання медичної допомоги і рівня здоров'я населення серед різних його груп [4;5]. Вивчення рівня і структури захворюваності в різних регіонах, а також серед окремих груп населення важливі для цілеспрямованої розробки заходів щодо удосконалення системи охорони здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення, зокрема, при дослідженні потреб населення у медичній допомозі.

На сьогодні значна увага приділяється забезпеченню якості та доступності медичної допомоги через відображення процесу взаємодії медичного персоналу і пацієнта. Тому важливо мати уявлення про оцінку якості та доступності різних видів медичної допомоги самими споживачами – населенням [2], у зв'язку з чим проведено соціологічне дослідження серед мешканців Рівненської області.

Мета роботи – вивчити думку населення Рівненської області щодо надання йому медичної допомоги.

Матеріали та методи

Опитування проведено за анонімними анкетами, адаптованими на основі використання загального інструментарію опитувань стану здоров'я (EUROHIS, 2005) [5], для вивчення оцінки населенням Рівненської області щодо надання медичної допомоги. Соціологічне дослідження організовано як безповторне, оскільки не було необхідності двічі опитувати одного і того ж респондента за питаннями однієї анкети.

Обсяг вибіркової сукупності визначався за формулою:

$$n = \frac{t^2 \times p \times q \times N}{N \times \Delta^2 + t^2 \times p \times q},$$

де n – обсяг вибіркової сукупності; t – коефіцієнт унормованого відхилення; p – ймовірність наявності ознаки (0,5); q – ймовірність відсутності ознаки (0,5); N – обсяг генеральної сукупності; Δ – припустима помилка, у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$).

У дослідженнях такого характеру коефіцієнт умовного відхилення дорівнює 2. Отримані результати розрахунків вибіркової сукупності при $\Delta=0,05$; $P=0,954$. Розподіл респондентів за всіма ознаками не мав статистичної відмінності ($p>0,05$).

Усього заповнено 667 анкет, з них отримано неповністю або неякісно заповнених 160, тому проаналізовано 507 анкет. У дослідженні застосовано соціологічний та медико-статистичний методи. Статистична обробка матеріалів дослідження проведена з використанням статистичних методів в Excel-2007.

Результати дослідження та їх обговорення

В опитуванні взяло участь 507 респондентів, з них 128 (25,2%) чоловіків та 379 (74,8%) жінок, середній вік опитаних становив $40,5 \pm 12,7$ року (наймолодший учасник – 16 років, найстарший – 84 роки). Щодо сімейного стану, то більшість (73,4% усіх опитаних, 74,0% жінок і 71,0% чоловіків) зазначили, що вони одружені. Частка самотніх людей становила майже чверть (26,6%), при цьому більшість з цієї групи неодружені (14,8%) або розлучені (7,5%). Вищу освіту мали 47,0% чоловіків і 31,0% жінок, середню спеціальну освіту – відповідно 32,0% і 56,0%. Більшість (61,0%) респондентів проживали у містах та районних центрах, решта (39,0%) – у селах і селищах міського типу. За соціальним статусом найбільшу групу склали службовці (37,0%) та робітники (32,0%), частка пенсіонерів у загальній чисельності респондентів становила 9,0%. За рівнем доходу абсолютна більшість опитаних належала до груп, які мають доходи на рівні прожиткового мінімуму або нижчі (72,0% чоловіків і 84,0% жінок) (прожитковий мінімум в анкетах зафіксовано на період 01.01.2012 – 31.03.2012 на рівні 1017 грн на 1 особу в місяць). Лише 28,0% чоловіків і 16,0% жінок зазначили, що мають доходи вищі. Серед респондентів відповідно 35,0% і 36,0% мали одну або дві дитини, 10,0% – трьох та більше дітей. Слід зазначити, що серед респондентів, які вказали про свої доходи як такі, що не перевищили прожиткового мінімуму, було більшість родин, де є двоє і більше дітей. Серед опитаних, які мали рівень доходу, вищий за прожитковий мінімум, найбільше було родин, де є одна або дві дитини.

Відомо, рівень організації надання медичної допомоги більше визначається оптимізмом населення в оцінці стану власного здоров'я [3], при цьому саме самооцінка певною мірою характеризує потреби населення в медичній допомозі. Майже дві третини (62,0%) опитаних вказали, що оцінюють стан власного здоров'я як «задовільний», при цьому 20,0% респондентів відзначили, що мають «добрий» стан здоров'я. Майже однакові оцінки щодо стану власного здоров'я дали представники обох статей. Майже 40,0% опитаних у вікових групах до 25 років та 25–35 років визначили стан власного здоров'я як «добрий» порівняно з 8,0% у групах осіб віком 45–55 років і старших за 55 років. У віковій групі старших за 55 років частка осіб, які відзначили стан власного здоров'я як «поганий», сягала 27,0% порівняно з 1–5% у вікових групах до 25, 25–35 і 35–45 років ($P \leq 0,05$).

Стан власного здоров'я як «добрий» визначили 26,0% у групі з доходом на рівні прожиткового мінімуму та 20,0% опитаних із рівнем доходу, вищим за прожитковий мінімум, проти 14,0% опитаних у групі з рівнем доходу, нижчим за прожитковий мінімум. Так само у групі з рівнем доходу, нижчим за прожитковий, 12,0% опитаних вказали, що мають «поганий» стан здоров'я, проти 7% у групі з доходом на рівні прожиткового мінімуму та 5% у групі з рівнем доходу, вищим за прожитковий мінімум.

Слід зазначити, що майже однакова кількість і міських, і сільських жителів оцінили стан власного здоров'я як «добрий» (відповідно 19,0% і 22,0%), водночас, жителі села частіше вважали його «поганим» (12,0% проти 6,0%), ($P \leq 0,05$).

Серед респондентів 83% зазначили, що вони піклуються про стан здоров'я. Проте про конкретні заходи, пов'язані з піклуванням про здоров'я, зазначило набагато менше учасників. Так, за даними опитування, одним із найбільш поширених заходів було проходження регулярного медичного обстеження, про що вказало 56,0% респондентів. Крім цього, 46,0% опитаних стверджували, що виконували усі рекомендації лікарів, 36,0% відмовилися від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю тощо). Однак лише 27,0% зазначили, що вони раціонально харчувалися, і тільки 9,0% регулярно займалися фізкультурою і спортом.

Усім учасникам опитування запропоновано відповіді на ряд запитань щодо якості надання різних видів медичної допомоги. На думку респондентів, якість надання первинної медичної допомоги залежить від рівня кваліфікації медичних фахівців, наявності постійно лікуючого лікаря та взаєморозуміння з ним, поважного ставлення та збереження конфіденційності особистої інформації; а можливість вибору закладу охорони здоров'я, зручність проїзду та нетривалий час очікування первинної медичної допомоги (рис. 1).

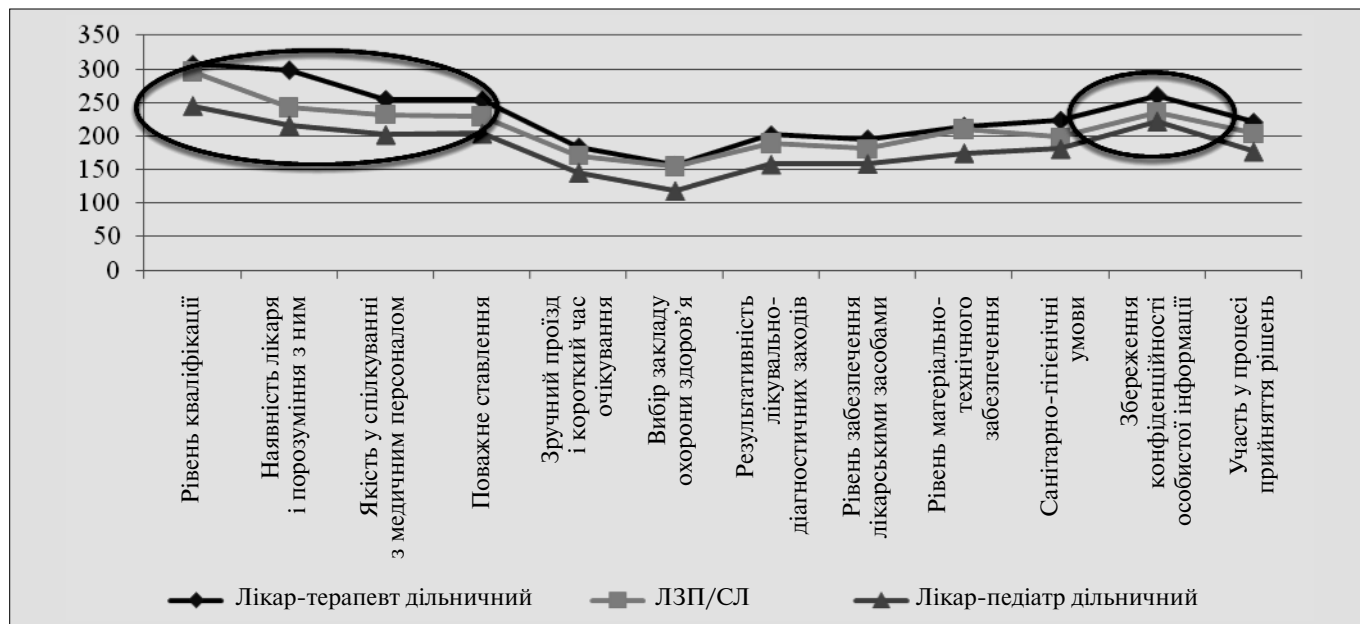


Рис. 1. Важливість окремих елементів для забезпечення якості первинної медичної допомоги

Для спеціалізованих медичних служб і закладів елементи, які визначають якість надання медичної допомоги, на думку респондентів, дещо різняться (рис. 2). За даними опитування, якість медичної допомоги в стаціонарі найперше залежить від рівня забезпечення лікарськими засобами, матеріально-технічного забезпечення закладів, санітарно-гігієнічних умов, рівня кваліфікації медичних кадрів і збереження конфіденційності особистої інформації. При цьому зручність проїзду та тривалість часу очікування на отримання медичної допомоги найменше впливають на якість стаціонарної медичної допомоги.

Якість медичної допомоги, що надається бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (ШМД), за результатами опитування, залежить від зручності проїзду та часу очікування на її отримання, від рівня забезпечення лікарськими засобами та матеріально-технічного оснащення, а також кваліфікації медичних працівників.

Для діагностичних служб, на думку респондентів, найважливішим є рівень кваліфікації працівників, результативність лікувально-діагностичних заходів та матеріально-технічне забезпечення. Найменш важливим для такої служби опитані визначили порозуміння

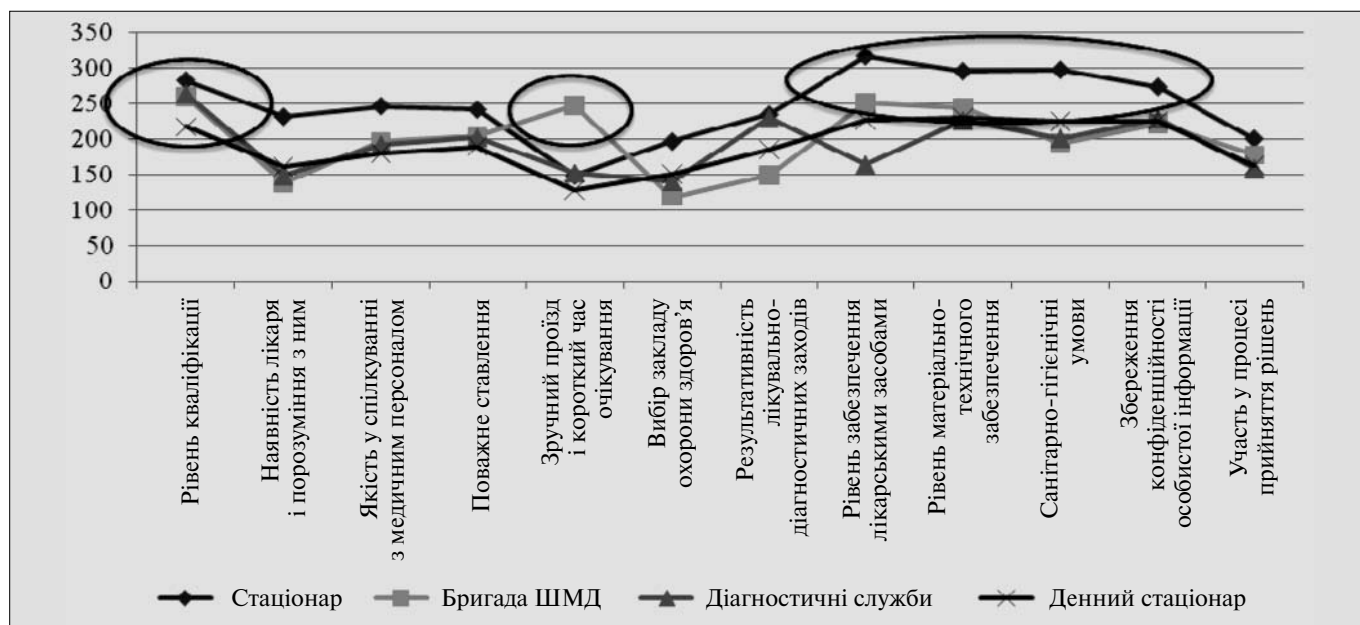


Рис. 2. Важливість окремих елементів для забезпечення якості медичної допомоги (спеціалізовані служби та заклади охорони здоров'я)

з лікарем, зручність доїзду та вибір закладу, а також забезпечення лікарськими засобами.

Для денних стаціонарів найбільш важливими для забезпечення якості встановлено рівень кваліфікації, забезпечення лікарськими засобами і матеріально-технічну базу, санітарно-гігієнічні умови та збереження конфіденційності інформації.

За даними опитування, протягом останніх 12 місяців найчастіше респонденти зверталися по амбулаторно-поліклінічну допомогу (70,0%), стаціонарну (14,0%) й ШМД (6,0%).

Серед причин звернення по медичну допомогу найбільш популярною відповіддю серед учасників були профілактичні огляди (43,2%), з приводу хронічного (41,4%) та гострого (37,7%) захворювань. Дані опитування засвідчили, що для отримання рецепту до лікаря зверталися лише 8,3% респондентів. Протягом останніх 12 місяців респонденти найчастіше зверталися по медичну допомогу до лікаря-спеціаліста (68,0%), у т.ч. до акушера-гінеколога (35,0%), стоматолога (28,0%), невролога (23,0%), кардіолога (21,0%), оториноларинголога (15,0%). При цьому до лікаря первинної ланки зверталось майже удвічі менше респондентів (38,0%). До лікарів стаціонару зверталось 21,0% респондентів, до лікарів ШМД – менше ніж 7,0%.

Основними причинами госпіталізації до стаціонару серед респондентів, які в ньому лікувалися, 57,0% вказали на загострення хронічного захворювання, 36,0% – гостре захворювання, 5,0% – нещасний випадок або травму. При цьому значний вплив мав віковий фактор – у більш старших групах частка опитаних, госпіталізованих протягом останніх 12 місяців, була вищою, про що відзначили 36,0% респондентів віком 45–55 років і 36,7% осіб, старших за 55 років.

За частотою госпіталізації 61,0% респондентів відзначили, що протягом останніх 12 місяців це була одна госпіталізація, 32,0% – дві, 7,0% – три–чотири. При цьому середня тривалість перебування на лікуванні у стаціонарі становила 12 днів. Серед опитаних 29,0% вказали, що госпіталізація була пов'язана з необхідністю проведення оперативного втручання.

Серед респондентів 19,0% лікувалися у денному стаціонарі протягом останніх 12 місяців. Найбільш поширеною причиною лікування було проведення лікувально-діагностичних заходів при гострих захворюваннях або загостреннях хронічних хвороб (72,0%), понад 10,0% доліковувалися у післяопераційному періоді.

До лікаря первинної ланки протягом останніх 12 місяців взагалі не зверталася третина опитаних, 26,0% – один раз, 33,0% – 2–4 рази, 10,0% – понад 4 рази. При цьому 44,0% респондентів зверталися з приводу гострого захворювання, 33,0% – з метою профілактичного огляду / диспансеризації.

До лікаря-стоматолога для профілактичного огляду зверталось 52,0% респондентів щорічно або двічі на рік; 6,0% – 1 раз на 2 роки або рідше; 29,0% – лише за наявності болю або інших відповідних проблем, а 13,0% ніколи або майже ніколи не зверталися по таку допомогу.

Висновки

1. Дані проведеного опитування засвідчили, що вікові показники респондентів близькі до статистичних даних у Рівненській області: середній вік населення у 2011 р. становив 36,8 року, для чоловіків – 34,4 року, для жінок – 39 років, що підтверджує відсутність статистичної відмінності ($p > 0,05$) за цією ознакою серед респондентів.
2. Населення області частіше оцінювало стан власного здоров'я як «добрий» (більшість респондентів). Лише 8% опитаних (8% жінок та 10% чоловіків) вказали на те, що стан їхнього здоров'я «поганий», що підтверджено результатами інших досліджень (Державна служба статистики, 2009).
3. Результати опитування засвідчили, що в області необхідно активізувати діяльність, спрямовану на оптимізацію потоків пацієнтів і посилення ролі первинної ланки, адже за досвідом респондентів вони зверталися до лікарів-спеціалістів частіше, ніж до лікарів загальної практики / сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ) – 68,0% проти 38,0%, при $p > 0,05$.
4. За даними опитування встановлено низький рівень інтенсивності використання стаціонарної допомоги (середня тривалість перебування на лікуванні – 12 днів) при одночасній відсутності диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування.
5. На думку респондентів, рівень кваліфікації персоналу та збереження конфіденційності особистої інформації є одними з найважливіших елементів, які впливають на якість надання медичної допомоги незалежно від її рівня; а наявність лікаря і рівень взаєморозуміння з ним, якість спілкування з медичним персоналом та поважне ставлення є найбільш важливими для первинної ланки.
6. Зручність проїзду та короткий час очікування були відмічені респондентами як найбільш важливі для забезпечення надання ШМД. Можливість вибору закладу охорони здоров'я є важливим для стаціонарної медичної допомоги. Рівень забезпечення лікарськими засобами – визначальний елемент для забезпечення якісної стаціонарної та ШМД. Рівень матеріально-технічного забезпечення впливає на якість надання медичної допомоги у стаціонарі, діагностичних службах і службах ШМД.

7. На думку респондентів, одними із болючих проблем системи охорони здоров'я є висока вартість лікарських засобів (72,0%) і недостатнє оснащення закладів охорони здоров'я (70,8%), ($p > 0,05$). Зростання платності допомоги відмічено як одна з основних проблем надання медичної допомоги населенню області (41,2%).

Перспективи подальших досліджень

При запровадженні будь-яких змін необхідно періодично відслідковувати частоту та характер звернень населення по медичну допомогу, вивчати потребу та задоволеність населення, що сприятиме поліпшенню доступності та якості медичної допомоги.

Список літератури

1. Трофимов А. С. Анализ количественных показателей динамики объемов внебольничной медицинской помощи населению на базе муниципальных учреждений / А. С. Трофимов // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 5. – С. 19–21.
2. Хальфин Р. А. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня / Р. А. Хальфин, Е. Ю. Огнева, В. В. Мадьянова // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 11–12. – С. 12–20.
3. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опроса о состоянии здоровья. – М.: Права человека, 2005. – 193 с.
4. Ovretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care / J. Ovretveit // International journal of health planning and management. – 2001. – № 16. – P. 229–241.
5. Zwit A. B. International health in the 21st century trends and challenges / A. B. Zwit, D. Yach // Social science and medicine. – 2002. – № 54. – P. 1615–1620.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.11.2012 р.

Изучение мнения населения относительно оказания медицинской помощи в Ровенской области (по данным социологического опроса)

В.Я. Бойко, Е.А. Дорошенко, М.В. Шевченко (Киев)

Представлены результаты социологического опроса, проведенного с целью изучения мнения населения относительно оказания медицинской помощи разных видов в учреждениях здравоохранения Ровенской области.

Ключевые слова: оценка, медицинская помощь, учреждения здравоохранения, состояние здоровья.

Assessment of population rates of medical care in the Rivne region (according to sociological survey)

V.Ya. Boyko, O.O. Doroshenko, M.V. Shevchenko (Kyiv)

The results of the study of public opinion on the assessment of health care in different types of health care institutions of Rivne region have been carried out.

Key words: assessment, medical care, health care institutions, health status.

Рецензент: к. біол. н. Л.А. Карамзіна.