

С.В. Дудник

ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ НА ПРИКЛАДІ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити й проаналізувати організацію медичної допомоги, стан здоров'я чоловіків працездатного віку та їх ставлення до власного здоров'я.

Матеріали та методи. Соціологічним інструментарієм дослідження слугували спеціально розроблені напівзакриті анкети. Обсяг вибірки склав 500 чоловіків, які постійно мешкали в Луганській області, що є репрезентативним (95% ДІ, $p < 0,05$). Методи дослідження: соціологічний, медико-статистичний.

Результати. Встановлено, що $51,0 \pm 4,4\%$ чоловіків мають хронічне захворювання, з яких $49,8 \pm 4,4\%$ не перебувають на диспансерному обліку. Найчастіше по медичну допомогу чоловіки звертаються внаслідок гострих захворювань ($46,7 \pm 4,4\%$). Тільки $16,4 \pm 3,3\%$ уважно піклуються про здоров'я, $17,4 \pm 3,4\%$ вважають власне фізичне здоров'я незадовільним. $25,8 \pm 3,9\%$ нерегулярно проходять профілактичні огляди, оскільки $51,6 \pm 4,4\%$ вважають їх неякісними. $33,0 \pm 4,2\%$ не задоволені якістю медичної допомоги, $42,8 \pm 4,4\%$ вважають її малодоступною, $25,4 \pm 3,9\%$ часто платять і $20,6 \pm 3,6\%$ постійно оплачують медичну допомогу, через що $50,6 \pm 4,4\%$ відмовляються від її отримання.

Висновки. Використання результатів дослідження дасть змогу підвищити ефективність заходів щодо поліпшення якості медичної допомоги і профілактики.

Ключові слова: чоловіки працездатного віку, стан здоров'я, профілактичний огляд, доступність медичної допомоги.

Вступ

Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні є інертною та малокерованою, що з урахуванням високої смертності працездатного населення, особливо чоловіків працездатного віку, призводить до дефіциту трудових ресурсів і має негативні наслідки для розвитку країни й соціального благополуччя суспільства [1, 2, 8].

Провідні країни світу найважливім завданням вважають питання зниження рівня смертності передусім серед працездатного населення, зміцнення і збереження здоров'я громадян, при цьому зрозуміло, що основна відповідальність за стан здоров'я покладається на якісне функціонування системи охорони здоров'я з використанням міжсекторального підходу у вирішенні проблеми [3, 5]. Значною мірою рівень смертності й захворюваності населення залежить від медичних кадрів, що надають медичні послуги; від політики міністерства охорони здоров'я, фінансування медичної галузі в цілому і в області інновацій з подальшим їх впровадженням у практичну медицину. Так, спостерігається пряма залежність між рівнем захворюваності на серцево-судинні та онкологічні захворювання і забезпеченістю лікарями відповідних профілів у структурі кардіологічної та

онкологічної амбулаторно-поліклінічних служб, а також зворотній зв'язок із рівнем смертності від даних видів хвороб [4, 6, 7]. Відомо, що в умовах дефіциту ресурсів відбувається скорочення споживання безоплатної медичної допомоги за рахунок осіб середнього працездатного віку, що негативно позначається на стані здоров'я даної вікової категорії. У цілому вплив охорони здоров'я на формування рівня смертності населення становить 40%, тоді як рівень смертності населення в працездатному віці більш ніж на 80% залежить від доступності, кваліфікованості та своєчасності надання медичної допомоги, тому виникає необхідність мотивації підвищення активності та уваги медичних працівників щодо осіб працездатного віку, особливо чоловіків віці [10, 11, 12].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати на підставі соціологічного дослідження організацію медичної допомоги (якість, задоволеність, доступність, обертаність тощо), стан здоров'я чоловіків працездатного віку та їх ставлення до власного здоров'я.

Матеріали та методи

Соціологічним інструментарієм дослідження слугували спеціально розроблені напівзакриті анкети, частина питань якої була присвячена вивченню організації медичної допомоги і стану здоров'я чоловіків працездатного віку Луганської області. Опитування було анонімним і проводилось в індивідуальному порядку в місцях громадського користування, робочих місцях, кабінетах профілактичного звернення в лікарнях серед чоловіків у віці 16–59 років. Участь у дослідженні була добровільною з роз'ясненням опитуваним мети дослідження. Вікова структура респондентів відповідала віковій структурі генеральної сукупності чоловіків працездатного віку, що проживають в області. Обсяг вибірки становив 500 чоловіків, які постійно мешкали в області, що є репрезентативним (95% ДІ, $p < 0,05$). Було роздано 750 анкет, отримано заповненими 611, активність респондентів дорівнювала 81,5%. Із загальної кількості заповнених анкет статистичній обробці підлягало 500 (81,8%) анкет. Проведенню соціологічного дослідження передувала його апробація методом пілотного опитування. Здійснено кореляційний аналіз отриманих матеріалів відповідно до мети дослідження для встановлення зв'язків, якому передувало ранжирування змінних для подальшого обчислення коефіцієнти кореляції (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r), використані коефіцієнти з середньою (0,3–0,69) та сильною (0,7–0,99) силою зв'язку. Методи дослідження: соціологічний, медико-статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Чоловіки порівняно з жінками менш відповідально ставляться до власного здоров'я і відрізняються меншою схильністю до лікування в разі порушення. Мабуть, це обумовлено тим, що здоров'я не відноситься до сфери активних пріоритетів для чоловіків, звідси невеликий інтерес до його стану і не завжди адекватна оцінка. Встановлено, що $51,0 \pm 4,4\%$ чоловіків мають те або інше хронічне захворювання, $13,8 \pm 3,0\%$ не знають про наявність у них хронічного захворювання, спостерігається зворотній кореляційний зв'язок між наявністю хронічного захворювання та оцінкою стану фізичного здоров'я, тобто чоловіки схильні неадекватно оцінювати стан власного здоров'я ($r = -0,371$, $p < 0,01$), зі збільшенням віку вірогідність наявності хронічного захворювання зростає ($r = 0,795$, $p < 0,01$), відсутність знання про хронічне захворювання прямо пов'язана з малою доступністю медичної допомоги ($r = 0,395$, $p < 0,01$). Найкраще оцінюють стан власного фізичного здоров'я чоловіки, які вважають, що мають перспективу в житті ($r = 0,399$, $p < 0,01$). Насторожує той факт, що серед осіб, які мають хронічне захворювання, $49,8 \pm 4,4\%$ не перебувають на диспансерному обліку. Найчастіше по медичну допомогу чоловіки звертаються з приводу гострих захворювань ($46,7 \pm 4,4\%$), потім – через невідкладні стани ($19,8 \pm 3,5\%$), третє місце посідають звернення з приводу хронічних захворювань ($17,1 \pm 3,3\%$), а профілактичні звернення знаходяться лише на четвертому місці (рис.).

Оцінка респондентами частоти звернень по амбулаторно-поліклінічну допомогу та стаціонарну допомогу наведена в таблиці.

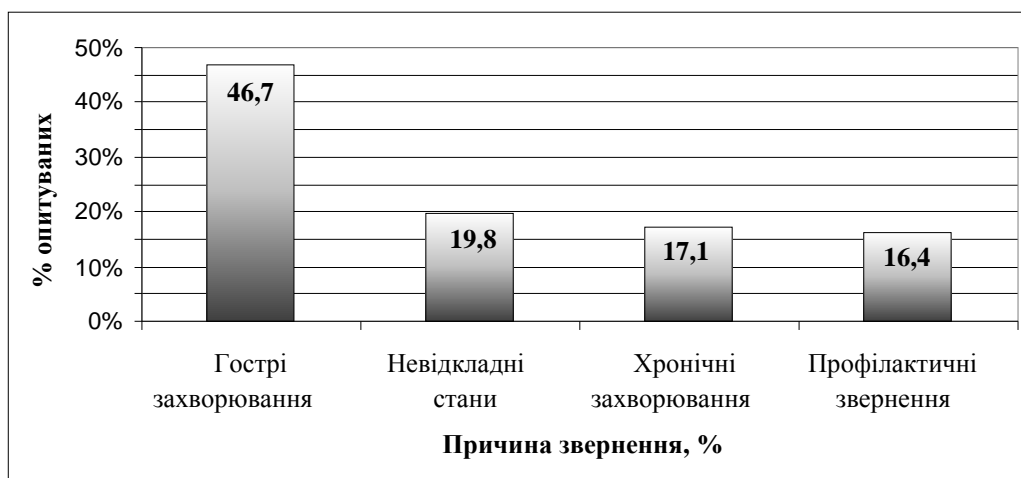


Рис. Причини звернення чоловіків по медичну допомогу (%)

Таблиця

Оцінка чоловіками частоти звернень по медичну допомогу (P±m, %)

Варіант самооцінки частоти звернень	Амбулаторно-поліклінічна допомога	Стационарна допомога
Не звертаюсь (вважаю себе здоровим)	19,4±3,5	-
Не звертаюсь (лікуюсь сам), або 1 раз на кілька років	29,2±4,0	68,4±4,1
1 раз на рік	23,2±3,7	21,0±3,6
2 рази на рік	17,0±3,3	8,8±2,5

Викликає крайнє занепокоєння ставлення респондентів до власного здоров'я, що є психологічною особливістю особистості. За результатами дослідження, лише 16,4±3,3% уважно піклуються про власне здоров'я; 73,8±3,9% тільки періодично звертають на нього увагу, а 9,8±2,6% чоловіків не піклуються взагалі. Серед провідних причин неувважного ставлення до здоров'я перше місце посідає думка, що хвороба мине сама, друге місце – зайнятість на роботі, третє – страх матеріальних витрат. Серед опитаних 17,4±3,4% вважають власне фізичне здоров'я незадовільним.

Особливої уваги заслуговує питання, що стосується щорічного проходження опитаними профілактичних оглядів. 25,8±3,9% чоловіків не кожний рік проходять профілактичні огляди. 51,6±4,4% вважають профілактичні огляди неякісними, пояснюючи це можливістю домовитися з медичним персоналом і не проходити його взагалі, фіктивним підходом із боку медпрацівників, низькою кваліфікацією лікарів, слабкою діагностичною базою закладів охорони здоров'я. Чим вищу оцінку якості медичних оглядів надають чоловіки, тим більше вони задоволені результатами надання медичної допомоги ($p=0,357$, $p<0,01$) і тим регулярніше вони проходять профілактичні огляди ($p=0,315$, $p<0,01$). Серед респондентів значно не задоволені якістю медичної допомоги 33,0±4,2% чоловіків, абсолютно не задоволені 11,8±2,8% опитаних. Результатами медичної допомоги більш незадоволені, ніж задоволені, 19,8±3,5% респондентів, незадоволені зовсім 7,4±2,3% чоловіків, важко відповісти на це питання – 12,0±2,9%. Задоволеність результатами медичної допомоги зростає при доступності необхідної медичної допомоги ($p=0,453$, $p<0,01$) та при відсутності хронічних захворювань ($p=-0,416$, $p<0,01$). Що стосується доступності медичної допомоги, то 42,8±4,4% респондентів вважають допомогу малодоступною, а 5,0±1,9% – недоступною. Серед основних причин, за якими медична допомога малодоступна або недоступна, респонденти зазначають: матеріальні проблеми (66,1±6,1%), відсутність лікаря необхідної

спеціальності (13,7±4,4%), відсутність дільничного лікаря (6,5±3,2%), транспортні проблеми (5,9±3,0%), дальність розташування закладів охорони здоров'я (4,3±2,6%). Існує прямий кореляційний зв'язок між наявністю можливістю отримувати медичну допомогу та її доступністю ($p=0,544$, $p<0,01$). Можливість при необхідності своєчасно отримувати медичну допомогу мають 76,8±3,8% респондентів, а комплексну медичну допомогу – 67,0±4,2% опитуваних. Несвоєчасне надання допомоги в більшості випадків (73,7±3,9%) відбувається з причин, які залежать від самих респондентів.

Було дуже важливим з'ясувати, як часто опитані використовують особисті гроші при зверненні по медичну допомогу в заклади охорони здоров'я. Таким чином, 9,2±2,5% респондентів не платять за допомогу, 44,8±4,4% іноді платять, 25,4±3,9% часто платять, 20,6±3,6% платять постійно. Серед опитаних 49,8±4,4% чоловіків мають можливість платити за медичну допомогу, інші 50,2±4,4% не мають такої змоги. 50,6±4,4% респондентів зазначили, що необхідність оплати є причиною відмови від медичної допомоги, можливість сплачувати за медичну допомогу прямопропорційно пов'язана із задоволеністю власним матеріальним становищем ($p=0,427$, $p<0,01$), відмова від медичної допомоги у зв'язку з необхідністю оплати спостерігається серед чоловіків, що мають можливість сплатити за неї ($p=-0,423$, $p<0,01$), до того ж можуть сплачувати за медичну допомогу чоловіки з гіршою оцінкою власного матеріального становища ($p=-0,301$, $p<0,01$). Це пояснюється тим, що чим кращий дохід мають чоловіки, тим більш вони не задоволені власним становищем і навпаки. На момент опитування скарги на здоров'я були у 64,2±4,2% чоловіків, з них: перше місце посіла втома (26,9±4,9%), друге – скарги з боку серцево-судинної системи (23,4±4,7%), третє – скарги з боку шлунково-кишкового тракту (17,5±4,2%), четверте – дратівливість (15,1±4,0%), п'яте – скарги з боку інших систем (9,2±3,2%), шосте – скарги з боку сечостатевої системи (7,9±3,1%). До лікаря з приводу скарг вже зверталися 47,3±5,4%,

збираються звернутися найближчим часом 12,5±3,7%, не зверталися і не планують 13,9±38%, звернуться тільки при погіршенні стану 26,3±4,9%. Наявність скарг на здоров'я на момент опитування чоловіків має прямий зв'язок з наявністю хронічного захворювання ($p=0,381$, $p<0,01$) і зворотній зв'язок з оцінкою стану власного здоров'я чоловіками ($p=-0,377$, $p<0,01$), звернення до лікаря з приводу цих скарг притаманне чоловікам, в яких є хронічне захворювання ($p=0,436$, $p<0,01$).

Висновки

Таким чином, опитування свідчить про досить значний рівень негараздів в організації надання медичної допомоги чоловікам: нехтування

чоловіками власним здоров'ям, малодоступність медичної допомоги, відмова від медичної допомоги у зв'язку зі страхом матеріальних втрат, нехтування профілактичними оглядами тощо. Соціологічне дослідження показує напрями впливу для забезпечення позитивних зрушень у сфері життєзбереження чоловіків економічно активної вікової категорії.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому необхідно поглибити вивчення питання якості надання медичної допомоги та шляхів щодо її поліпшення з метою збереження здоров'я населення.

Література

1. *Заюков І. В.* Дослідження тривалості економічно активного життя населення в аспекті оцінки трудового потенціалу України / І. В. Заюков // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2010. – № 3 (11). – С. 80–84.
2. *Красненков В. Л.* Современные подходы к анализу и снижению смертности населения на территориальном уровне / В. Л. Красненков, Камруззаман Сайед // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 5. – С. 11–13.
3. *Любінець О. В.* Політика передових країн світу у вирішенні демографічних проблем / О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2 (6). – С. 16–22.
4. *Любінець О. В.* Стан інформованості та знань організаторів охорони здоров'я щодо медико-демографічних проблем в Україні / О. В. Любінець // Современная педиатрия. – 2010. – № 4. – С. 14–16.
5. *Медик В. А.* Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне / В. А. Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 3–7.
6. *Никифоров С. А.* Влияние ресурсов специализированных служб муниципального здравоохранения на здоровье населения / С. А. Никифоров, Д. В. Вторушин // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 2 (45). – С. 6–9.
7. *Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів / І. М. Горбась, О. М. Барна, В. Ю. Сакалош, М. А. Бакуменко // Ліки України. – 2010. – № 1. – С. 4–9.*
8. *Цвігун І. А.* Смертність населення України та її соціально-економічні наслідки / І. А. Цвігун // Вісник Хмельницького національного університету. – 2010. – №2, Т.3. – С. 160-164.
9. *Чепелевська Л. А.* Медико-соціальні особливості смертності населення України / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 37–41.
10. *Якість надання медичної допомоги (за даними висновків робочої групи з вивчення причин смертності населення м. Вінниці за 2010 рік) / Г. С. Черешнюк, Л. О. Діденко, А. В. Пірникоза [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». – 2011. – № 40. – С. 255–257.*
11. *Яценко Ю. Б.* Передчасна смертність населення та шляхи її попередження в Україні : (аналітичний огляд наукової літератури) / Ю. Б. Яценко, О. А. Семенюк // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 34–39.
12. *Europe's men need their own health strategy / Alan White, Martin McKee, Noel Richardson [et al.] // BMJ. – 2011. – № 343. – P. d7397.*

Дата надходження рукопису до редакції: 17.03.2015 р.

Оценка качества оказания медицинской помощи и состояния здоровья мужчин трудоспособного возраста (по данным социологического исследования)*С.В. Дудник*ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МОЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – изучить и проанализировать организацию медицинской помощи, состояние здоровья мужчин трудоспособного возраста и их отношение к собственному здоровью.

Материалы и методы. Социологическим инструментарием исследования послужили специально разработанные полужакрытые анкеты. Объем выборки составил 500 мужчин, которые постоянно проживали в Луганской области, что является репрезентативным (95% ДІ, $p < 0,05$). Методы исследования: социологический, медико-статистический.

Результаты. Установлено, что $51,0 \pm 4,4\%$ мужчин имеют хроническое заболевание, из которых $49,8 \pm 4,4\%$ не состоят на диспансерном учете. Чаще всего за медицинской помощью мужчины обращаются по причине острых заболеваний ($46,7 \pm 4,4\%$). Только $16,4 \pm 3,3\%$ внимательно заботятся о здоровье, $17,4 \pm 3,4\%$ считают свое физическое здоровье неудовлетворительным. $25,8 \pm 3,9\%$ нерегулярно проходят профилактические осмотры, т.к. $51,6 \pm 4,4\%$ считают их некачественными. $33,0 \pm 4,2\%$ не удовлетворены качеством медицинской помощи, $42,8 \pm 4,4\%$ считают ее малодоступной, $25,4 \pm 3,9\%$ часто платят и $20,6 \pm 3,6\%$ постоянно оплачивают медицинскую помощь, из-за чего $50,6 \pm 4,4\%$ отказываются от ее получения.

Выводы. Использование результатов исследования позволит повысить эффективность мероприятий по улучшению качества медицинской помощи и профилактики.

Ключевые слова: мужчины трудоспособного возраста, состояние здоровья, профилактический осмотр, доступность медицинской помощи.

Evaluation of quality of health care providing and health state among working-aged men in the example of the industrial region (according to sociological research)*S.V. Dudnyk*SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze the organization of medical care, the health state of working-aged men and their attitude to their own health.

Materials and methods. The sociological research was carried out due to a specially developed semi profiles. The sample size was 500 men who constantly lived in Luhansk region that is representative (95% CI, $p < 0.05$). Methods: sociological, medico-statistical.

Results. According to the research has been found that $51,0 \pm 4,4\%$ of men have a chronic disease, of which $49,8 \pm 4,4\%$ are not on the list of dispensary accounting. Most often men asked for medical help because of acute diseases ($46,7 \pm 4,4\%$). Only $16,4 \pm 3,3\%$ attentively take care about their health, $17,4 \pm 3,4\%$ think their physical health is not satisfied. $25,8 \pm 3,9\%$ not regularly undergo preventive examinations, as $51,6 \pm 4,4\%$ consider it to be of poor quality. $33,0 \pm 4,2\%$ are dissatisfied with the quality of health care, $42,8 \pm 4,4\%$ found it difficult to access, $25,4 \pm 3,9\%$ often pay and $20,6 \pm 3,6\%$ constantly pay for health care, because of which $50,6 \pm 4,4\%$ refuse to obtain it.

Conclusions. Thus, the use of research results will increase the effectiveness of measures to improve the quality of care and prevention.

Key words: working-aged men, health state, prophylactic examination, accessibility of medical care.

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., зав. відділу соціально-гігієнічних досліджень формування здоров'я населення та медичної статистики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.