

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

© Лисак В.П.
УДК 614.2

ОЦІНКА МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Лисак В.П.

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

В статті наведено результати соціологічного дослідження серед медичних працівників щодо їх оцінки організації лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги Полтавської області. Результати соціологічних досліджень серед медичних працівників щодо їх оцінки організації лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги Полтавської області виявили ряд організаційних недоліків які можуть бути усунені прийняттям управлінських рішень та підвищенням рівня процесу управління закладами охорони здоров'я.

Ключові слова: лікувально-діагностичний процес, лікувально-профілактичні заклади

При підготовці та проведенні реформ охорони здоров'я ВООЗ рекомендує враховувати ступінь задоволеності медичних працівників організацією виробничого процесу, який вивчається за допомогою соціологічних досліджень [1]. Накопичений досвід з цієї проблеми показав, що дані соціологічних досліджень є інформативними показниками для оцінки організації медичної допомоги, обґрунтування та розробки рекомендацій щодо поліпшення діяльності закладів охорони здоров'я та медичної допомоги в цілому [2,3]. Що стосується основних властивостей якості соціологічної інформації, то вона визначається достовірністю, стійкістю та репрезентивністю [4]. З огляду на проведення заходів на державному рівні з оптимізації системи охорони здоров'я [5,6] та враховуючи вищезазначене нами проведене соціологічне дослідження серед медичних працівників закладів охорони здоров'я Полтавської області, які надають медичну допомогу різних рівнів.

Мета дослідження: оцінити рівень організації лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу населенню різних рівнів.

Матеріали та методи дослідження

308 лікарям та медичним сестрам у 3 лікарнях області (Полтавській обласній клінічній лікарні (ОКЛ), Диканській ЦРЛ, 4-й міській клінічній лікарні (МКЛ) м. Полтави) були роздані спеціально розроблені ан-

кети з проханням заповнити їх та повернути в запечатаному конверті начмеду лікарні. Анкети склалися із семи розділів: безпосереднє керівництво, професійний розвиток, робота лікарні, дотримання санітарно-гігієнічного режиму, відношення до помилок у роботі, лояльність співробітників до лікарні.

Дані із заповнених анкет були перенесені в таблицю MS Excel методом подвійного сліпого набору і після попереднього контролю помилок набору таблицю було перенесено в файл SPSS (RawData.sav) для подальшої обробки. Додатково було проведено аналіз для пошуку статистично достовірних відмінностей між кількістю балів, що їх встановили для кожного питання респонденти різної характеристики (стать, професія, стаж роботи). Якщо ймовірність випадкового отримання такої різниці менше за 5% ($p < 0,05$), то відмінність в оцінці є статистично достовірною і позначалася знаком «++», якщо $0,05 \leq p < 0,1$, то відмінність знаходиться на межі статистичної достовірності і позначалася значком «+». Якщо значення $p < 0,01$, то відмінність в оцінці є високо достовірною і позначалася значком «+++».

Результати та їх обговорення

Під час опрацювання розділу анкет «Безпосереднє керівництво» були отримані результати, які описані нижче. На рисунку 1 наведені результати відповідей щодо заохочення керівництвом співробітників працювати єдиною командою.



Рис. 1. Рівень заохочення керівництвом медичних працівників працювати єдиною командою (бали)

Отримані дані вказують на те, що найкраще (9,36 бали) у цьому контексті поставлена робота в МКЛ №4 м. Полтави, а найгірше (5,27 бали) — у Диканській ЦРЛ, що констатує ситуацію, коли керівництво лікарні

працює само по собі, а медичні працівники — самі по собі.

Участь безпосередніх керівників у рішенні проблем підпорядкованих медичних працівників наведена на рисунку 2.



Рис. 2. Допомога безпосереднього керівника при виникненні складнощів у роботі

Дані рисунка 2 вказують на те, що в МКЛ № 4 м. Полтави у 9,33 із 10 випадків безпосередній керівник допомагає медичним працівникам при виникненні складностей у роботі та у 8,66 випадках допомагає у роботі, якщо медичний працівник не встигає її зробити. У ОКЛ дані показники відповідно становлять 8,12 і 6,85 бали. У Диканській ЦРЛ відношення безпосеред-

ніх керівників до роботи медичних працівників є найбільш байдужими (відповідно 5,76 та 4,61 бали).

Наступним кроком дослідження статистично оброблялися та аналізувалися дані розділу анкет «Професійний розвиток». Результати дослідження щодо вивчення питання заохочення медичних працівників до підвищення їх професійного рівня наведено на рисунку 3



Рис. 3. Заохочення безпосереднього керівника медичних працівників до підвищення професійного рівня (бали)

Отримані та наведені на рисунку 3 дані вказують на низький рівень заохочення керівниками медичних працівників до професійного розвитку. Особливо низьким він є у Диканській ЦРЛ (4,82 бали) та вищим у ОКЛ (7,84 бали) і МКЛ № 4 (8,78 бали). При цьому і

самі респонденти низько оцінюють користь від учбових курсів і семінарів, які вони відвідували за останні 12 місяців. Результати оцінки становлять 6,14; 6,92 та 7,43 бали відповідно (рис. 4).



Рис. 4. Оцінка користі від учбових курсів та семінарів

Нижче в таблиці 1 наводиться перелік характеристик респондентів, для яких було виявлено статистич-

но достовірні відмінності в оцінці запитань (без деталізації в чому саме полягає відмінність)

Таблиця 1
Відмінності в оцінці професійного розвитку за різними категоріями

Запитання	Характеристики респондентів				
	За статтю	За віком	За стажем роботи у лікарні	За стажем роботи за спеціальністю	За посадою / професією
Чи проходили Ви за останні 12 місяців рік курси підвищення кваліфікації?				++	+++
Як би Ви оцінили користь від усіх учбових курсів та семінарів, що Ви їх прослухали протягом останніх 12 місяців?					++
Наскільки активно Ваш безпосередній керівник заохочує Вас до підвищення професійного розвитку?	++	+	++		+
Чи проходили Ви за останні 12 місяців навчання або спеціалізовані тренінги на тему: «Правила поведінки в екстремальних ситуаціях»	++			++	++
Чи проходили Ви за останні 12 місяців навчання або спеціалізовані тренінги на тему: «Правила поведінки при надходженні великої кількості хворих»	++		++		++
Чи проходили Ви за останні 12 місяців навчання або спеціалізовані тренінги на тему: «Контроль за розповсюдженням інфекції»	++				

Отримані та представлені таблиці 1 дані вказують на статистично достовірні дані щодо різних розділів професійного розвитку вказані респондентами різної статі, стажем роботи та за професійною ознакою.

Далі за програмою дослідження статистично оброблялися та аналізувалися результати соціологічного дослідження за розділом роботи. Спершу нами вивчалися питання про роботу медичних працівників в команді для досягнення результатів та колективного обговорення ефективності роботи медичних працівників.

Отримані дані вказують на те, що 89,0% медичних працівників ОКЛ, 86,0% МКЛ № 4 м. Полтави та 66,0% Диканської ЦРЛ можуть працювати в команді. При цьому колективно обговорюється ефективність роботи в команді у 90,0%, 96,0% та 49% випадків відповідно.

Результати діяльності медичних працівників багато в чому залежать від того наскільки чітко вони знають обсяг роботи, який вони мають виконувати та від оцінки їх діяльності керівництвом. Дані, отримані в ході дослідження, вказують на те, що в усіх лікарнях медичні працівники добре інформовані про обсяги роботи, які вони мають виконувати: ОКЛ — 8,85 бали; МКЛ №4 м. Полтави — 9,49 бали та Диканська ЦРЛ — 9,11. Але при цьому рівень інформування медичних працівників про те, наскільки добре вони виконують свою роботу, як шлях до покращення якості медичної допомоги виглядає значно гірше. Так, керівники оцінюють роботу медичних працівників і їх інформують про це в ОКЛ у 76,8%; МКЛ № 4 м. Полтави — 86,7%, Диканській ЦРЛ — 56,1% випадків.

Наступні результати дослідження дозволяють дати характеристику організації робочого процесу в лікарнях (рис. 5)



Рис.5. Організація виробничого процесу в лікарнях (бали)

Результати дослідження, які відображені на рисунку 5 вказують на достатньо високу можливість у медичних працівників вільного вибору методів роботи в МКЛ №4 м. Полтави (8,14) і більш низький в ОКЛ (6,73) та Диканській ЦРЛ (6,35), що вказує на високий рівень авторитаризму керівництва цих лікарень.

У той же час можна говорити про надзвичайно велике навантаження на медичних працівників з одного боку та нерациональну організацію виробничого процесу з іншого. Це підтверджується тим, що у медичних працівників постійно не вистачає часу на вико-

нання поставлених задач: ОКЛ — 4,04; МКЛ №4 м. Полтави – 4,04; Диканська ЦРЛ — 4,26. Важливим в організації роботи медичного персоналу є їх визнання керівництвом за добре виконану роботу. Отримані результати у розрізі лікарень мають значні відмінності від 4,17 у Диканській ЦРЛ до 7,96 у МКЛ №4 м. Полтави.

І на кінець у цьому розділі аналізувалися дані щодо можливості медичними працівниками реалізувати свої знання та навички і рівень їх задоволеності заробітною платою (рис. 6).



Рис. 6. Можливість реалізувати свої знання та навички (бали)

За результатами дослідження встановлено, що більшість медичних працівників мають можливість реалізувати свої знання та навички. Отримані дані показують рівень реалізації даного питання в ОКЛ – 8,06, в МКЛ №4 м. Полтави – 9,02 та у Диканській ЦРЛ – 7,42

бали. А рівень задоволеності медичних працівників оплатою праці встановлений, навпаки, надзвичайно низький – в ОКЛ – 2,71; в МКЛ – 2,93 та у Диканській ЦРЛ – 2,49. (рис.7).

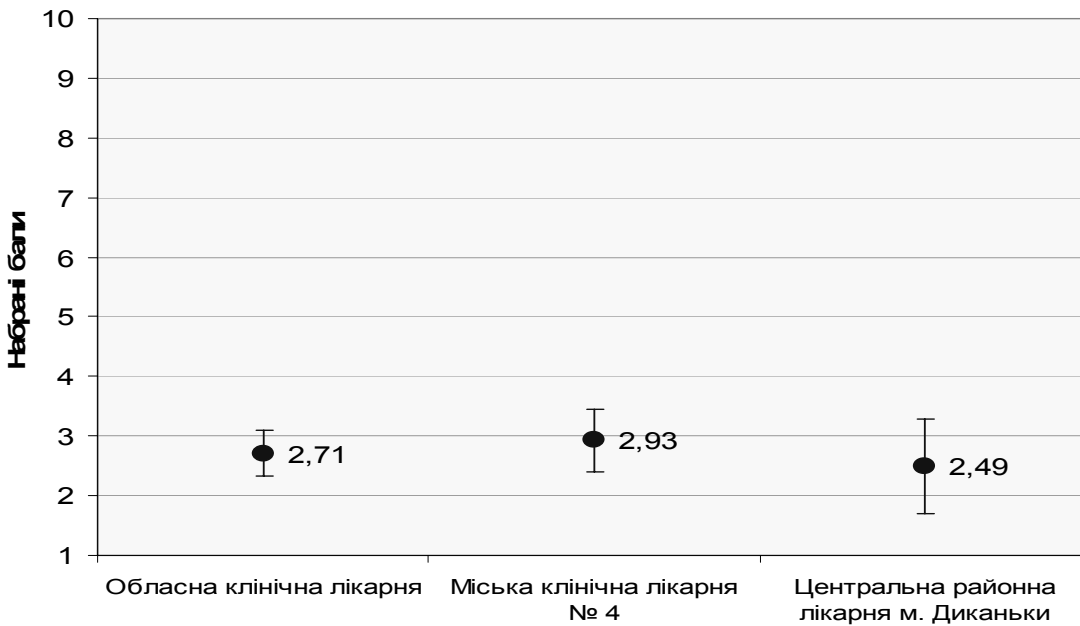


Рис. 7. Задоволення рівнем оплати.

Додатково було проведено аналіз для пошуку статистично достовірних відмінностей між кількістю балів, що їх виставили для кожного запитання респонденти різних категорій. Нижче в таблиці 2 наводиться

лише перелік категорій респондентів для яких було виявлено статистично достовірні відмінності в оцінці запитань (без деталізації, в чому саме полягає відмінність).

Таблиця 2
Відмінності в оцінці запитань розділу «Робота» різними категоріями

Запитання	Характеристики респондентів				
	За статтю	За віком	За стажем роботи у лікарні	За стажем роботи за спеціальністю	За посадою / професією
Чи працюєте Ви в змінах між 7 вечора та 7 ранку?			++	++	++
Чи доводиться Вам працювати у команді з іншими співробітниками для досягнення певних цілей?					
Чи практикуються у Вас колективні збори, під час яких учасники команди обговорюють ефективність своєї роботи?					
Чи були Ви протягом останніх 12 місяців жертвою фізичного насильства або словесної образи з боку пацієнта або родичів пацієнта?					
Я завжди чітко знаю обсяг своєї роботи.	++				
Мене завжди інформують про те, наскільки добре я виконую свою роботу.			+		+
Зі мною завжди радяться щодо змін, які можуть вплинути на мою роботу.					
В мене постійно не вистачає часу, щоб виконати всю роботу повністю.					++
Відносини між співробітниками в колективі, як правило, досить напружені.			+		
Скоріше за все, я постараюся змінити роботу на протязі наступних 12 місяців.	++				+
Визнання від керівництва за добре виконану роботу.	+				
Підтримка від мого безпосереднього керівника.			+		
Підтримка від моїх колег в робочому колективі.	++		++		
Свобода у виборі методів роботи.					
Відповідальність, яка на мене покладена.	++		+		+
Можливість реалізувати мої знання на навички.	++	++	++	++	
Рівень оплати.					

Дані, що наведені в табл. 2 вказують на достовірні статистичні відмінності в оцінці різних позицій, які відносяться до розділу «Робота» різними категоріями респондентів. Найбільші відмінності в оцінці встановлені за статтю, стажем роботи в лікарні та за професією/посадою.

Наступним кроком дослідження було статистичне опрацювання та аналіз результатів дослідження за розділом соціологічного дослідження «лікарня».

Вивчалось питання наскільки доступним є спілкування рядових медичних працівників з керівництвом лікарні та залучення керівництвом медичних працівників до прийняття важливих рішень розвитку ЛПЗ (рис. 8).



Рис. 8. Залучення керівництвом співробітників для прийняття важливих для лікарні рішень (бали)

Отримані та відображені на рисунку 8 дані вказують на низький рівень залучення співробітників до рішення актуальних проблем ЛПЗ. Це підтверджується результатом статистичної обробки відповідей респондентів: ОКЛ – 5,26; МКЛ – 6,25; Диканська ЦРЛ – 3,54. При цьому значно більша частка респондентів відмічає, що спілкування між керівництвом ЛПЗ і рядовими співробітниками налагоджено ефективно: ОКЛ – 5,83; МКЛ №4 – 7,89; Диканська ЦРЛ – 4,49.

У цілому, аналізуючи рівень співробітництва, у вирішенні актуальних задач ЛПЗ, між керівництвом і співробітниками можна констатувати його як низький і самий низький у ЦРЛ.

Важливим в організації лікувально-діагностичного процесу є рівень співпраці структурних підрозділів ЛПЗ. За даними опитування співпраця структурних підрозділів є актуальною для рішення питань в усіх ЛПЗ (рис. 9).

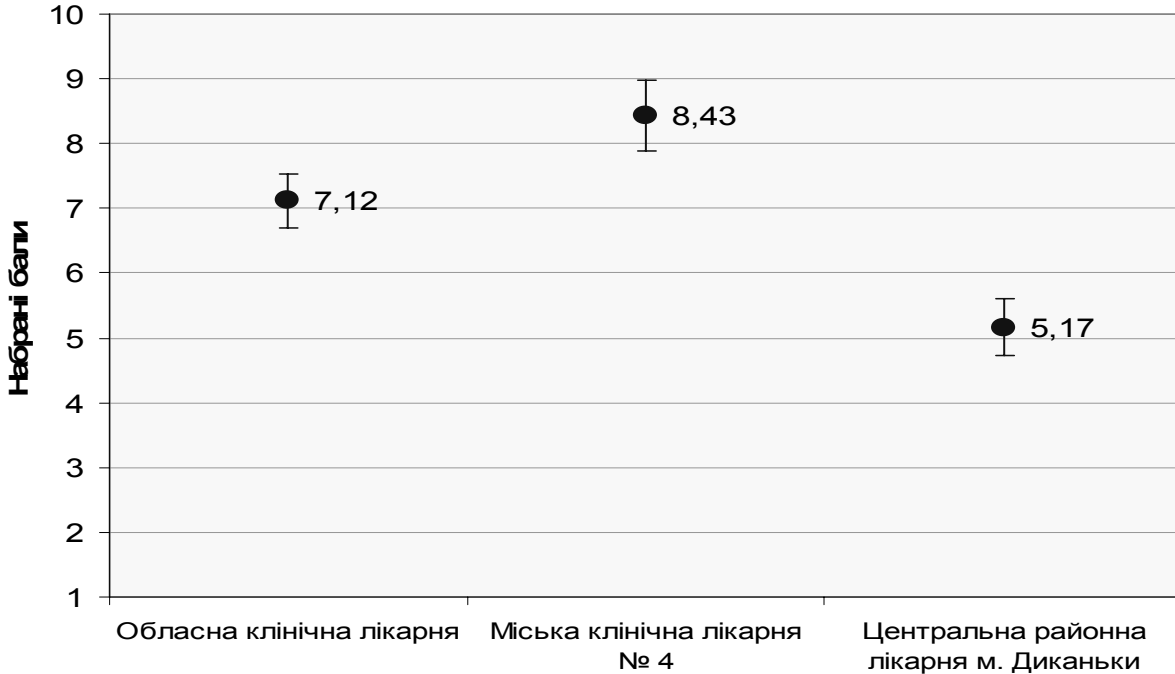


Рис. 9 Рівень співпраці структурних підрозділів ЛПЗ (бали)

Наведені на рисунку 9 дані вказують, що краще налагоджена співпраця між структурними підрозділами в МКЛ №4 м. Полтави (8,43) та ОКЛ (7,12). Недостатньо організована взаємодія структурних підрозділів у Диканській ЦРЛ (5,17).

У створенні позитивного психологічного мікроклімату в медичному колективі важливу роль відіграють відносини між співробітниками в колективі та відношення до працівників керівництва ЛПЗ (рис. 10).

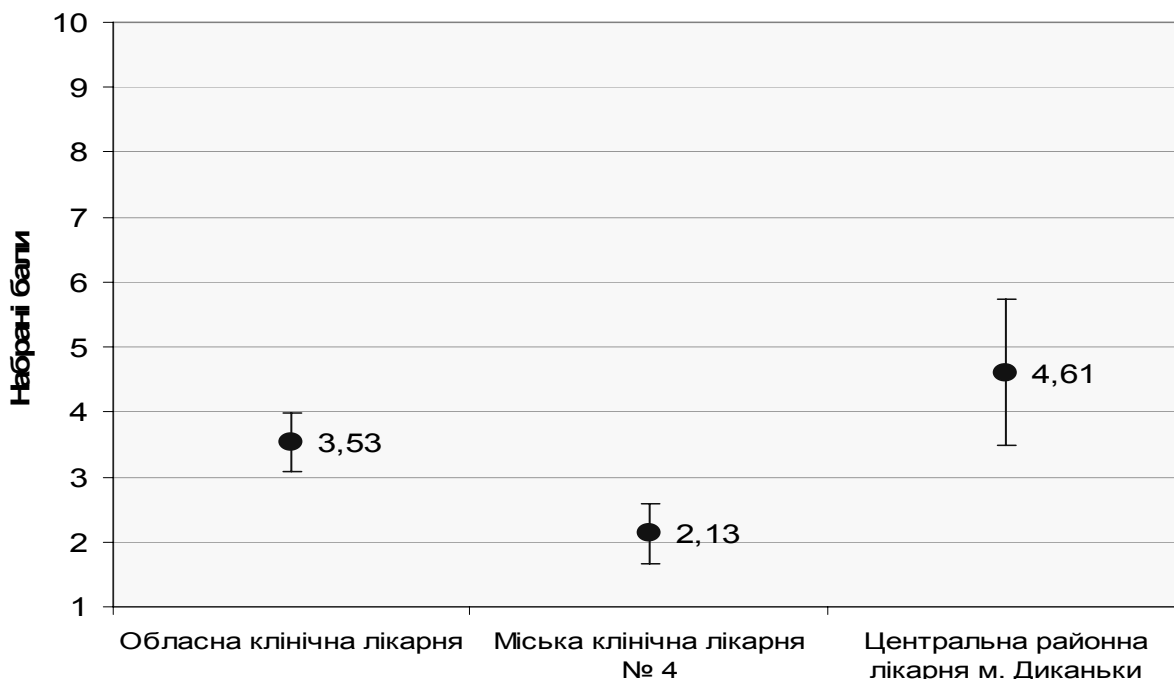


Рис.10. Характеристика відносин в медичному колективі (бали)

Наведені на рис. 10 дані вказують на високий рівень напружених відносин в Диканській ЦРЛ (4,61) та ОКЛ (3,53 бали) і більш низький в МКЛ №4 м.Полтави (2,13).

Логічним, враховуючи попередні результати, є відповіді респондентів щодо дискримінації з боку керівництва ЛПЗ. За результатами відповідей респондентів найвищий рівень дискримінації з боку керівництва відчувають медичні працівники ОКЛ (3,98), а найнижчий – медпрацівники МКЛ №4 м. Полтави (2,45) при рівні дискримінації керівництва ЛПЗ по відношенню до медичних працівників в Диканській ЦРЛ (3,92 бали).

Далі вивчалися та аналізувалися результати дослідження розділу «Відношення до помилок». Отримані дані щодо діяльності керівництва лікарні в плані зменшення медичних помилок вказують, що в ОКЛ співробітників інформують про помилки, що були допущені іншими під час роботи (7,69), при цьому за допущені помилки суворо карають (7,13), респонденти рахують, що до співробітників, які припустили помилок відносяться справедливо (6,86) і керівництво робить все можливе, щоб помилки в майбутньому не траплялися. В МКЛ № 4 м. Полтави співробітників про помилки інших інформують (9,11), допустивши помилки карають суворо за вищим рівнем ніж в ОКЛ (7,69), справедливо ставляться медичних працівників, які допустили помилки (8,39), що все робиться для недопущення помилок респонденти оцінили найбільш високо – 9,41 балів. У Диканській ЦРЛ робота з цього напрямку поставлена найгірше; співробітників інформують про помилки інших (5,41), суворо карають осіб, які допустили помилки (5,54), справедливо ставляться до вказаних працівників (5,11) та робиться все для не повторення помилок (6,68).

У кінці дослідження було вивчено лояльність ставлення медичних працівників до лікарні. Результати дослідження, які характеризувалися можливістю вибору місця роботи продемонстрували найбільш лояльне ставлення до своєї лікарні медичних працівників ОКЛ (8,48) і низьку лояльність працівників Диканської ЦРЛ – 5,35 бали.

Висновки

Результати соціологічних досліджень серед медичних працівників щодо їх оцінки організації лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги Полтавської області виявили ряд організаційних недоліків які можуть бути усунені прийняттям управлінських рішень та підвищенням рівня процесу управління закладами охорони здоров'я.

Література

1. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблеми якості в охороні здоров'я: Монографія.-Кам'янець-Подільський:Абетка-НОВА, 2002. – 384с.
2. Скоромец Н.М., Чернова Т.В., Ефимов П.В., Бородинна З.И., результати анкетирования пациентов врача общей практики//Здравоохранение Рос. Федерации. – 1997. - №3. – С.20-21.
3. Дмитриев В.И., Никольский А.В. Социологические исследования в здравоохранении ВНИИМИ. Серия: Обзоры по важнейшим вопросам медицины. – Вып.2. – М., 184. – 67 с.
4. Шляпентох В.Е. Проблемы достоверности статистической информации в социологических исследованиях.- М.: Статистика, 1973. – 144с.
5. Лехан В.М., Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір/ В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
6. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2008 рік // під ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 384 с.

Summary

ASSESSMENT OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS MANAGEMENT BY MEDICAL PERSONNEL IN MEDICAL AND PROPHYLACTIC INSTITUTIONS

Lysak V.P.

Key words: medical diagnostic process, medical and prophylactic institutions

The article features the results of the sociological survey among medical personnel concerning their assessment of diagnostic and treatment process management in public health service institutions of different levels of medical attendance in Poltava region. The results of the survey among medical personnel revealed a number of organizational disadvantages which can be eliminated by virtue of adequate administrative decision-making and constant upgrading of public health service institutions management.

Ministry of Public Health of Ukraine

Матеріал надійшов до редакції 09.12.2010 р.