

тенденції до зростання обсягів платних послуг реєструється на фоні висловленого переважною більшістю населення (85,9±0,7%) бажання лікуватись **безкоштовно** у бюджетних ЛПЗ.

Згідно результатів дослідження виявлена також недостатня доступність медичної допомоги для населення, про що свідчить очікування пацієнтами прийому лікаря понад 30 хвилин (39,6±1,0%), незручні графіки роботи лікарів (24,8±0,9%), дефіцит лікарів вузьких фахів (21,2±0,8%), а також тривале очікування пацієнтами бригад швидкої допомоги (29,1±0,9%).

Результати соціологічного дослідження будуть використані у подальшому при обґрунтуванні можливостей оптимізації системи охорони здоров'я населення у регіонах України.

Література

1. EUROHIS: Розробка загального інструмента для опитувань у стані здоров'я. – М., «Права людини», 2005. – 193 с.
2. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. – В., 2005. – 97 с.
3. Медик В.А., Осипов А.М. Взаимодействие населения с учреждениями здравоохранения в регионе// Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – №5. – С.18-31.

УДК 613.6.01

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ

Н.К. Єжель

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

Резюме. В статті подана медико-соціальна характеристика стану здоров'я державних службовців України. Вивчено шляхом усного соціологічного опитування особливості впливу умов та факторів професійної діяльності і способу життя.

Ключові слова: медико-соціальна характеристика, державні службовці, фактори ризику.

Вступ. Сучасний стан України характеризується зниженням показників економічного, соціального та організаційного розвитку, без відродження яких неможливими є позитивні перетворення в державі. Провідна роль таких процесів відводиться державним службовцям (ДС).

На сьогодні суттєво зростає роль процесів планування та організації надання медико-санітарної допомоги, що мають ґрунтуватися на всебічному аналізі максимально можливої кількості факторів, які впливають на здоров'я ДС [1-9]. Окрім цього потрібно зазначити, що переважна більшість досліджень вітчизняних та зарубіжних авторів стосується виключно проблем організації та лікування захворювань у різних категорій осіб (сільського та міського населення, військовослужбовців, працівників різного роду виробництв) при практичній відсутності даних про ДС України [6-9].

Вищесказане вимагає від спеціалісті напрацювання нових методичних підходів до визначення кількісно-якісних показників, що використовують для оцінки потенційного ризику погіршення для стану здоров'я ДС України.

Мета. Дати медико-соціальну характеристику стану здоров'я ДС України.

Матеріали та методи дослідження. Вивчення впливу умов та факторів професійної діяльності і способу життя серед ДС проводилося шляхом усного соціологічного опитування в 2005-2010 рр. на 3580 ДС, що працюють в органах виконавчої влади. Досліджуваних контингент осіб було розподілено на три групи. До 1-ї (контрольної) групи віднесено 94 (15,31 %) ДС, працюють в центральних органах виконавчої влади (КМ України). До 2-ї групи включено 260 (42,35 %) ДС, що працюють в МО України. До 3-ї групи входять 110 (17,92 %) ДС, які працюють в обласних державних адміністраціях. Серед досліджуваних осіб жінок було 464 (75,57 %), чоловіків – 150 (24,43 %), тобто у співвідношенні 3,1 : 1. Вік їх коливався від 20 до 60 років, в середньому (38,53±3,21) років. За статтю і віком клінічні групи – ідентичні ($P > 0,05$).

Соціологічне опитування складалося з наступних етапів: формування анкети анонімного опитування; особисте інтерв'ювання; зведення і групування зібраних анкетних даних; статистичний аналіз [31, 35].

Результати дослідження та їх обговорення. Відмінне професійне здоров'я ДС – необхідна складова тривалого професійного довголіття та активного соціального життя після звільнення зі служби, а визначальний фактор відмінного стану здоров'я – спосіб життя. Головні показники, які характеризують спосіб життя досліджуваних груп, розглянуто нижче.

Переважна більшість анкетованих 61,4-68,4% мешкають в квартирах. Близько 2/3 (від 56,7±6,4% в контрольній групі до 77,4±3,4% серед ДС та 68,9±2,5% серед ДС (МО та ГШ ЗС України)) живуть в сім'ях, які характеризуються задовільним соціальним мікрокліматом.

Встановлена значна зайнятість ДС в побуті: лише біля половини витрачають на це близько 2 годин на день, в основних професійних групах завантаженість господарськими справами значно більша; особливо це характерно для ДС (МО та ГШ ЗС України). Час, затрачений на прибуття до місця роботи, в більшості випадків не перебільшував одну годину (86,3-92,7%).

Обмежена тривалість нічного сну (6 годин та менше) характерна для 35,8±2,5% ДС, 27,3±2,5% для ДС (МО та ГШЗС України) та 23,5±4,3% для ДС контрольної групи. В той самий час лише близько 6,2% приділяли три та більше годин читанню літератури, в тому числі спеціальної, заняттям з дітьми, улюбленими справами; 17,9-26,4% анкетованих взагалі не мали часу для подібного виду діяльності. 66,3% опитаних вважають своїм повсякденним заняттям в післяробочий час перегляд телевізійних передач, читання газет, бездіяльний відпочинок, зрідка – придбання товарів домашнього використання (порядковий ряд складений відповідно до характеру відповідей на анкеті).

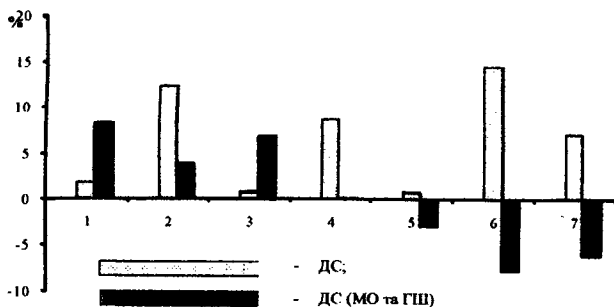
В результаті такого режиму дня 30-34% ДС відзначали стомленість на початку робочого дня, 21-36% пов'язують це із незадовільним самопочуттям, 29-38% із значним завантаженням домашньою роботою, 32-48% із відсутністю повноцінного відпочинку після роботи напередодні.

Як відомо, однією з важливих умов збереження здоров'я, високої трудової та соціальної активності є повноцінне харчування та його регулярність. Триразове повноцінне харчування отримують лише 17,9-24,5%, «як прийдеться» харчуються 3,6-16,3% опитаних. Особливо несприятливим є прийом їжі під час обідньої перерви, у 21,4-27,4% особам контрольної групи та ДС обід складається з принесених з дому харчів. Це пов'язано з низькою якістю їжі в їдальнях, яка не відповідає вимогам харчування. Необхідно відзначити, що серед ДС ці показники значно гірші, що є об'єктивним показником менших можливостей регулярного та повноцінного харчування.

Тільки 16,4-20,9% опитаних віддають перевагу активному відпочинку, однак чверть обстежених має надлишкову вагу, чому сприяє як гіподинамія, так і нераціональне харчування. Дослідженням шкідливих звичок встановлено, що від 42,6 до 63,3% опитаних не палять; значно менша частина – 17,9-26,4% не вживають алкоголь зовсім, 10,2-12,7% – частіше одного разу на місяць, але не рідше одного разу на тиждень, 37,7-46,4%, 14,5-36,2% – один раз на тиждень та частіше; в групах ДС ці показники гірші, ніж в контрольній групі.

Серед ДС 85,5% не забезпечені санаторно-курортним лікуванням, поряд з тим потребують його 54%, проводять відпустку дома 55-57,1%, на дачі 13,3-22,5% та 7,3-10,2% на туристичних базах, в будинку відпочинку 14,3-19,4%. Переважна більшість ДС 79,1-86,7% вважають, що відпустка відновлює їх працездатність.

За рядом показників можна, по-перше відзначити деякі відмінності (в більшості своїй недостовірні, тому можна казати про тенденцію) окремих показників способу життя обстежених груп рис. 1.



0 – оцінка окремих факторів в контрольній групі (в %); переважання відсотків відповідей порівняно з контрольною групою в групах ДС позначено (+), менший відсоток відповідей (-).

1 – триразове харчування, 2 – тривалість нічного сну менше 6 год., 3 – заняття фізкультурою та спортом, 4 – вживання алкоголю, 5 – поширеність куріння, 6 – відсутність повноцінного відпочинку після роботи, 7 – відсутність відновлення працездатності після відпочинку та сну.

Рис. 1. Результати оцінки соціально-побутових умов ДС за даними анкетного опитування, (в %)

«Профіль» способу життя, показаний на рис. 1, за такими показниками як регулярність харчування, тривалість нічного сну, зайнятість в побуті, відсутність повноцінного відпочинку після роботи, вживання алкоголю та поширеність паління, відсутність відновлення працездатності після відпочинку та сну, яскраво свідчить про несприятливу ситуацію, яка склалася серед ДС.

Отримані дані незаперечно свідчать про низьку соціальну активність та цілеспрямованість ДС щодо по збереження професійного здоров'я.

Оцінка режиму, умов та охорони праці, його важкості та напруженості та їх вплив на стан здоров'я і працездатність свідчить, що 71,8-83,7% ДС працюють переважно в денний час, інші періодично мають нічні чергування.

Тривалість робочого дня ДС коливається в значних межах, що пов'язано з особливостями покладених на них професійних обов'язків. Для ДС тривалість робочого дня 8 годин у 38,3%, 8-9 годин – 28,3%, понад 9 годин – 33,4%; для ДС (МО та ГШ ЗС) ці показники склали 22,7%, 44,6% та 32,7% відповідно. В контрольній групі переважали ДС, які мають 7 - годинну тривалість робочого дня – 64,3%.

До 70% опитаних ДС вважають, що їх робота має циклічний та послідовний характер. Поряд з цим до 30% ДС та 43% осіб контрольної групи відзначають, що їх робота не має послідовного характеру.

Найбільш виражене навантаження у всіх трьох групах спостерігається в понеділок, зменшується до кінця тижня, але в контрольній групі вона

розподіляється протягом тижня більш рівномірно, що стверджують біля 1/3 анкетованих. Існуюча система відпочинку під час робочого дня влаштовує близько половини спеціалістів контрольної групи, але не влаштовує 73,2% - ДС та 65,8% ДС (МО та ГШ ЗС). 13-20% з числа осіб ДС вважають за необхідне збільшити тривалість перерв.

До початку робочого дня біля 1/3 опитаних відчувають стомленість – від помірної до сильно вираженої, при цьому ДС достовірно частіше ($P < 0.05$) починають роботу з відчуттям легкої втоми. 26,4-32,7% опитаних до початку робочого дня мають різноманітні скарги. Причому ДС частіше скаржаться на загальну слабкість та головний біль (21% ДС скаржаться на головний біль, ДС (МО та ГШ ЗС) 16,4%, в контрольній групі 14,3%). В процесі роботи втома наступала раніше в групах ДС, ніж в контрольній групі. Якщо в контрольній групі через 3-4 години роботи відчуття втоми було в $10,3 \pm 3,7\%$, то в групах ДС (МО та ГШ ЗС) ці показники становили $21,9 \pm 2,3\%$ та $20,9 \pm 3,9\%$ ($P < 0,01$ в порівняно з контролем) рис. 2.

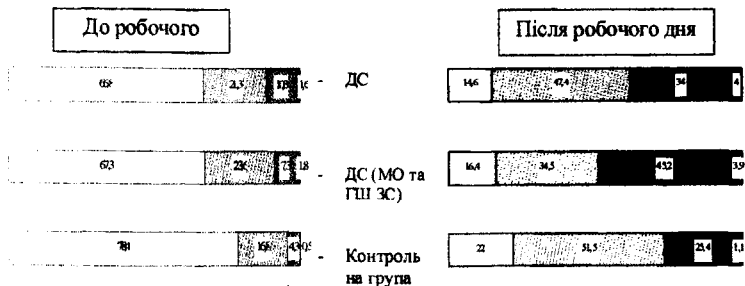


Рис. 2. Суб'єктивна оцінка ступеня втоми анкетованих до і після робочого дня, (в %)

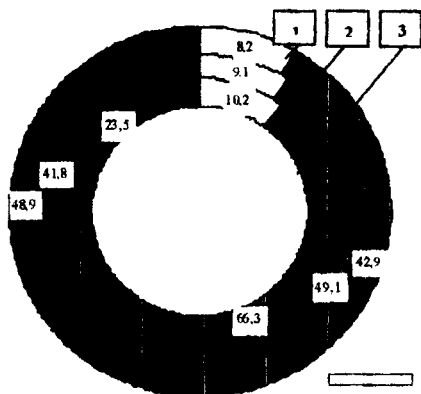
До кінця робочого дня серед ДС переважають скарги на головний біль ($38,3 \pm 2,7\%$), загальну слабкість ($48,7 \pm 4,7\%$), стомлення очей ($25,4 \pm 5,2\%$). Специфічні скарги для них є біль в ділянці шийного та поперекового відділів хребта ($24,8 \pm 5,4\%$), що пов'язано із вимушеною робочою позою (та впливом несприятливих факторів професійної діяльності – значного психо-емоційного навантаження, прийняття відповідальних рішень за умов дефіциту часу).

ДС достовірно частіше суб'єктивно оцінюють свою працю як напружену та дуже напружену: $63,8 \pm 2,6\%$ та $54,5 \pm 4,7\%$ відповідно, в контрольній групі $46,9 \pm 3,8\%$ ($P < 0,05$), рис. 3.

При вивченні динаміки напруженості роботи протягом робочого дня серед анкетованих ДС та осіб контрольної групи ми встановили наступні особливості:

15,5% ДС мають відчуття напруженості на початку робочого дня (4,1% з числа осіб контрольної групи);

для 19,8% ДС та 18,2% ДС (МО та ГШ ЗС) характерно формування відчуття напруженості до обідньої перерви. В контрольній групі відзначають формування відчуття загальної напруженості до обідньої перерви біля половини (52%) осіб;



1 – ДС

2 – ДС (МО та ГШ ЗС)

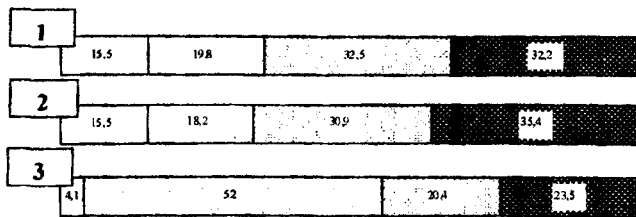
3 – Контрольна група

— - Праця ненапружена

■ - Праця напружена зрідка

■ - Праця напружена постійно

Рис. 3. Характеристика напруженості роботи у анкетованих ДС, (в, %) майже однакова кількість ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) відчувають розвиток напруженості після обідньої перерви та під кінець робочого дня (64,7% ДС та 66,4% ДС (МО та ГШ ЗС)) (рис. 4.).



1 – ДС

2 – ДС (МО та ГШ ЗС)

3 – Контрольна група

— - Початок робочого дня

— - До обідньої перерви

■ - Після обідньої перерви

■ - Кінець робочого дня

Рис. 4. Динаміка напруженості роботи протягом робочого дня у анкетованих ДС (в, %)

На думку анкетованих, їх більше стомлює високий ступінь напруженості праці ($52,3 \pm 2,8\%$ - ДС, $50,9 \pm 4,3\%$ - ДС (МО та ГШ ЗС)), а також перенапруження уваги ($40,6 \pm 2,3\%$ - ДС, $37,6 \pm 3,6\%$ - ДС (МО та ГШ ЗС)) та висока відповідальність $35,1 \pm 3,7\%$ та $28,1 \pm 2,6\%$. Краще всього знімає втому на думку опитаних, душ та відпочинок лежачи (у $46,6 \pm 5,2\%$ ДС та $37,2 \pm 3,4\%$ ДС (МО та ГШ ЗС)), а також зміна характеру діяльності ($28,7 \pm 3,9\%$) прогулянка та музика ($37,8 \pm 2,3\%$ та $25,6 \pm 3,0\%$ відповідно).

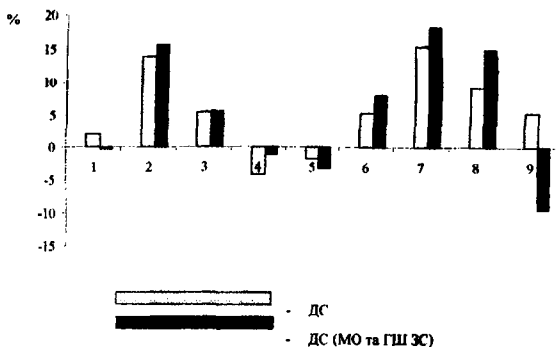
Оцінка умов своєї праці опитаними встановлює деяку різноспрямованість по окремих факторах, що визначає специфіку умов праці. Так, умови мікроклімату робочих приміщень суб'єктивно оцінюють як оптимальні дві третини з числа ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) у контрольній групі – $86,7\%$. Шум як несприятливий фактор оцінюють достовірно частіше ($P < 0,05$) ДС та ДС (МО та ГШ ЗС); вони достовірно частіше вказують на недостатність освітлення робочих місць ($P < 0,05$). Незручності свого робочого місця оцінюють достовірніше частіше ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) ($30,1 \pm 2,5\%$ та $20,1\%$ проти $12,9 \pm 5,0\%$ в контрольній групі, $P < 0,05$). Відмічена тенденція більш низької якості нагляду за дотриманням правил техніки безпеки та охорони праці в опитаних групах.

Становлять інтерес дані про суб'єктивну оцінку важкості праці. Важкою суб'єктивно оцінюють свою професію $18,5-20,9\%$ ДС (контрольна група – $12,2\%$). У переважній своїй більшості опитані ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) оцінюють свою працю як середньої важкості $76,9 \pm 2,3\%$ та $70,0 \pm 4,4\%$ відповідно (в контрольній групі $61,2 \pm 4,9\%$). Вибіркові дані дослідження режиму праці показані на рис. 5.

В цілому на несприятливі фактори професійної діяльності як на причину розвитку втоми достовірно частіше вказують ДС ($P < 0,01$), для відповідей ДС (МО та ГШ ЗС) характерно перебільшення негативного впливу професійних факторів на розвиток втоми ($P > 0,05$).

Інтегральна оцінка режиму праці за даними анкетного опитування, свідчать про несприятливий його характер по наступних показниках: наявність втоми перед робочим днем, терміни її виникнення в процесі роботи, частота скарг на незадовільне самопочуття, наявність нервово-емоційного напруження під час роботи, вплив професійних факторів на розвиток втоми в групах опитуваних.

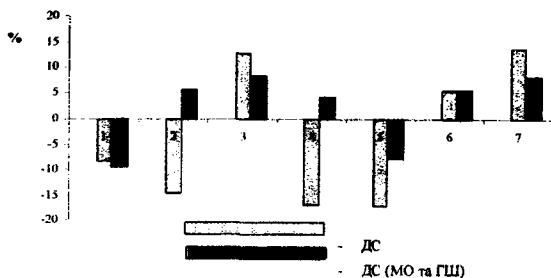
Інтегральна оцінка умов праці за даними анкетного опитування також свідчить про несприятливий вплив на ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) факторів повітряно-теплого, шумового та світлового режиму, зручність робочого місця тощо (рис. 6.).



0 – оцінка окремих факторів в контрольній групі (в %); переважання відсотків відповідей порівняно з контрольною групою в групах ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) позначено (+), менший процент відповідей (-).

1 – наявність помірної втоми до початку робочого дня, 2 – виникнення втоми через 3-4 год. роботи, 3 – наявність втоми після роботи, 4 – пов'язані з роботою скарги на головний біль, 5 – пов'язані з роботою скарги на біль в спині та попереку, 6 – вплив виробничих факторів на розвиток втоми, 7 – постійне нервово-емоційне напруження на роботі, 8 – робоча поза сидячи, 9 – вимушена робоча поза

Рис. 5. Результати суб'єктивної оцінки режиму праці ДС, за даними анкетного опитування, (в %)



0 – усереднені оцінки окремих факторів в контрольній групі (в %); переважання відсоток відповідей порівняно з контрольною групою в групах ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) позначено (+), менший відсоток відповідей (-).

1 – оцінка температури повітря як оптимальної; 2 – оцінка оптимальної освітленості робочих місць; 3 – підвищена швидкість руху повітря; 4 – підвищений рівень шуму на робочих місцях; 5 – зручність робочих місць; 6 – відсутність контролю за охороною праці та техніки безпеки; 7 – відсутність ефективності використання засобів індивідуального захисту

Рис. 6. Результати оцінки режиму праці за даними анкетного опитування, (в %)

У той самий час більшість ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) відзначає задоволеність своєю працею (51,8-69,9%) та 8,8-11,8% виражають невизначене до неї ставлення. Незадоволеність працею в 80% випадків мотивується низькою заробітною платою, 20% незадовільною організацією праці.

Співставлення з даними отриманими іншими дослідниками відносно результатів анкетного опитування льотчиків та штурманів, показує, що для більшості осіб льотного складу характерний розвиток втоми після 3 год роботи. Виробнича діяльність ДС викликає порушення сну та багаточисельні скарги, слабкість, зниження працездатності, дратливість, підвищену втомлюваність.

Висновки

Узагальнюючи наведені в статті дані, можна відзначити:

по-перше, поведінка ДС, яка стосується їх способу життя, має ряд недоліків, зумовлених як незадовільними умовами організації дозвілля та відпочинку й іншими соціальними факторами. Так, 29-38% опитаних визначають стомленість, пов'язану з завантаженням домашньою роботою, а 32-48% - відсутністю повноцінного відпочинку після роботи. Триразове харчування отримують лише 17,9-24,5% опитаних. Дослідження наявності шкідливих звичок вказує на те, що лише 42,6% опитаних не палять, а 17,9-26,4% - не вживають алкоголь;

по-друге, інтегральна оцінка режиму праці свідчить про несприятливий його характер. Так до 30% опитаних відзначають, що їх робота не має послідовного характеру, що призводить до суб'єктивної оцінки праці як напруженої та дуже напруженої (63,8+2,6% та 54,5+4,7% відповідно). 85,5% ДС не забезпечені санаторно-курортним лікуванням.

Можна зробити висновок, що режим та умови праці ДС характеризується як менш сприятливі, ніж у контрольної групи; для деяких факторів встановлені статистично значущі відмінності. Виявлені певні відмінності характеристики режиму та умов праці ДС, які відображують їх специфіку.

Література

1. Амиров Н.Х., Резников Е.Б. Физиолого-гигиенические особенности условий труда и состояние здоровья руководителей в условиях современного производства // Научно-технический прогресс и охрана здоровья населения в условиях перестройки: Тезисы докладов. – Ижевск, 1988. – С. 141.

2. Амиров Н.Х., Салихов И.Г. Социально-физиологические особенности труда руководителей крупных промышленных комплексов // Физиология труда: Тезисы докладов VII Всесоюзной конференции по физиологии труда. – Л., 1978. – С. 26–27.

3. Амиров Н.Х., Фомин Ф.С., Подоба Е.В. Физиологическое обоснование организации типового режима труда и отдыха руководящих работников промышленных предприятий (Методические рекомендации). – М., 1980. – С. 22.

4. Амиров Н.Х., Цессарский А.В. Научно-технический прогресс и вопросы физиологии и гигиены труда в машиностроительной, приборостроительной и других отраслях промышленности // Гигиенические аспекты охраны окружающей среды: Тезисы докладов IV Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. – Красноярск; М., 1974. – С. 83–85.

5. Афанасьев В.Г. Человек в управлении обществом. – М.: Политическая литература, 1977. – 384 с.

6. Борьба с основными болезнями в Европе - актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/06. - Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. - 7 с.

7. ВОЗ за 60 лет: хронология основных событий в области общественного здравоохранения. - Женева: ВОЗ, 2008. - 5 с.

8. ВОЗ. Доклад №99. Видеодисплейные терминалы и здоровье пользо-вателей. – М.: Медицина, 1989. – 150 с.

9. Волошина В.В., Титов К.А. Государственная служба в Российской Федерации: теоретико-правовое исследование. - М.: Луч, 1995. - 179 с.

УДК 614.2

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РІВНІВ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВПЛИВУ КОМПЛЕКСУ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИХ ФАКТОРІВ

Н.К. Єжель

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами*

Резюме. В статті розглядаються особливості формування рівнів здоров'я державних службовців України залежно від впливу комплексу соціально-гігієнічних факторів. На основі встановлення причинно-наслідкових зв'язків нами розроблена інтегративна модель формування ризику захворюваності.

Ключові слова: державні службовці, соціально-гігієнічні фактори, ризик, захворюваність.

Вступ. З огляду на швидкий ріст захворюваності державних службовців (ДС) України і низький рівень профілактичної діяльності в цьому напрямку, а також недосконалу організацію надання медико-санітарної допомоги, першочерговим завданням є удосконалення існуючої системи надання медико-санітарної допомоги ДС України.