

ни”, которые убедительно утверждают, что христианский пост в демократическом обществе независимой Украины после последствий советского тоталитарного режима очертание “постовского символизма” реально изменяет сознание Человека на подобие “...очищения сердца и ревнивого стремлением к непорочной чистоте души”. Кроме этого, пост является выверенным средством преодоления Человеком собственной ограниченности над стереотипами личной жизни, поскольку именно в посте заложено особенное духовное и моральное содержание, что позволяет Человеку, при условии его соблюдения, возвышаться на новый духовный и физический уровень жизни, а также является замечательным оздоровительным средством для тела, а для души – образцом смиренности, что подтвердило 81,4 % респондентов из числа опрошенных верных Христовой церкви. Все это уместно сегодня расценивать как неиспользованный духовно моральный резерв в общественном здоровье населения независимой Украины, особенно в процессе формирования основ здорового способа жизни.

Ключевые слова: Бог, Человек, духовность, душа, тело, христианский пост, здоровье, здоровый образ жизни.

THE ROLE AND PLACE OF CHRISTIAN LENT IN THE PUBLIC HEALTH OF THE POPULATION OF INDEPENDENT UKRAINE (BASED ON SOCIOLOGICAL STUDIES)

V.V. Ruden'

Abstract. The results of a sociological research obtained in accordance with the sociological program “Man’s conception about Lent as a spiritual and moral way of its healthy life style” elaborated by the author prove that Christian Lent in the democratic society of independent Ukraine really changes man’s consciousness of the Soviet totalitarian regime, having the outlines of “Lent symbolism”, in the direction of “...purifying the heart and a jealous aspiration towards soul’s chaste purity”. Apart from this, Lent is a verified means of Man’s overcoming his own narrow-mindedness over the stereotypes of his own life, since it contains a special spiritual and moral content, enabling Man, on condition of its observance, to rise to a new spiritual and physical level of life, it is also a wonderful health-improving phenomenon for the body and a specimen of humility for the soul, the latter being confirmed by 81,4 % of respondents out of those who were questioned, faithful to the Christian church. All this taken together should be rated as an unused spiritual-moral reserve in the public health of the population of independent Ukraine, particularly in the process of forming the principles of a healthy life style in inhabitants of Ukraine of a new format.

Key words: God, Man, spirituality, soul, body, Christian Lent, health, healthy life style.

National Medical University named after Danylo Halyts'kyi (L'viv)

Рецензенти: проф. В.І.Чебан

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 1 (61). – P. 182-191

проф. М.М.Сидоренко

Надійшла до редакції 1.11.2011 року

© В.В. Рудень, 2012

УДК 616-058+614.254+616-089

А.М. Яворський

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Стаття присвячена вивченню впливу параметрів соціально-економічного статусу пацієнтів на їх задоволеність хірургічною допомогою. Обстежено 530 пацієнтів, що завершували лікування в хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Встановлено, що шанси незадоволеності пацієнтів хірургічною допомогою достовірно зростають при низькому рівні матеріального доходу на члена сім'ї (OR=1,88; 95 % CI: 1,17-3,00; p<0,05) і належності до соціально вразливих верств населення – пен-

сіонерів та інвалідів (OR=1,84; 95 % CI: 1,03-3,31; p<0,05). Не отримано доказів, що рівень освіти та суб'єктивна самооцінка добробуту є чинниками формування думки пацієнтів щодо медичної допомоги (p>0,05).

Ключові слова: якість медичного обслуговування, задоволеність медичною допомогою, соціально-економічний статус.

Вступ. Питанням забезпечення та оцінки якості медичної допомоги в Україні останнім часом приділяється особлива увага, адже згідно із визначенням ВООЗ одним із найважливіших завдань будь-якої системи охорони здоров'я є за-

безпечення кожному громадянину рівного та справедливого доступу до якісної медичної допомоги [1].

За роки незалежності в Україні, на державному рівні, приділялася значна увага норматив-

© А.М. Яворський, 2012

но-правовому забезпеченню якості та стандартизації медичної допомоги. З 1999 року всі заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, підлягають обов'язковій акредитації, а з 2001 року обов'язкового характеру набуло й ліцензування медичної практики. Паралельно із цим, хоча й досить хаотично, без використання методології доказової медицини, розроблялися медико-технологічні стандарти у формі клінічних протоколів практично за всіма медичними спеціальностями [2-4]. Системного характеру робота щодо забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула тільки після затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я (2007) [3].

Однак перераховані державні заходи з управління якістю медичної допомоги сконцентровані переважно на структурній та процесній складовій, значно менше уваги приділяючи індикаторам результативності та підвищенню рівня задоволеності пацієнтів як невідмінного елементу якості медичного обслуговування [3, 5]. Міжнародний досвід свідчить, що думка споживачів медичних послуг повинна бути обов'язковим компонентом інтегрального критерію якості діяльності медичної служби або лікувального закладу, оскільки результат лікування значною мірою залежить від ставлення самого споживача медичних послуг до процесу надання медичної допомоги, ступеня його довіри лікарю, соціальних та психічних атрибутів здоров'я тощо [6, 7]. Цей аспект якості ще мало вивчений вітчизняними дослідниками. Зокрема, відкритим залишається питання, чи залежить думка споживачів медичних послуг від їх соціально-економічного статусу – провідної детермінанти стану здоров'я та доступу населення до медичної допомоги [1, 8].

Мета дослідження. Установити вплив соціально-економічного статусу пацієнтів на задоволеність хірургічною стаціонарною допомогою як індикатора якості її надання.

Матеріал і методи. У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилося на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих всіх міських, районних, центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували тут лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів розділено на дві групи. До першої групи (372 особи) увійшли пацієнти, які повністю задоволені рівнем медичних послуг у відділенні та лікарні загалом, до другої групи (158 осіб) – незадоволені. За основними демографічними параметрами: розподілом за віком, статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ та задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ($p > 0,05$).

Вивчали такі параметри соціально-економічного статусу, як рівень освіти, матеріа-

льного доходу на члена сім'ї, задоволеність власним добробутом, зайнятість суспільно корисною працею.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили з допомогою критерію χ^2 [9]. Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювали як несуттєвий [10].

Результати дослідження та їх обговорення. Більшість пацієнтів хірургічних відділень (65,85%) – це мешканці сіл, що в цілому відповідає особливостям Івано-Франківської області, у структурі населення якої сільське населення переважає над міським.

Серед осіб, що потрапили в дослідження, частка жінок переважала над чоловіками (61,70% проти 38,30%) як серед міських, так і серед сільських мешканців. Це може бути наслідком, з одного боку, домінування жіночого населення у загальній структурі населення, з іншого боку – загальновідомого кращого звертання жінок за медичною допомогою.

У віковій структурі респондентів всі вікові групи (до 30, 30-39, 40-49, 50-59 і 60 років та старші) представлені рівномірно.

Встановлено, що опитані пацієнти хірургічних відділень стаціонарів Прикарпаття характеризуються досить високим рівнем освіти (рис. 1), приблизно однаковим у двох основних групах порівняння ($p > 0,05$), що збільшує довіру до отриманих у ході соціологічного дослідження відповідей. Так, абсолютна більшість респондентів мали середню спеціальну (52,27±2,17%) або вищу (13,45±1,48%) освіту і лише третина – середню загальну (29,69±2,45%) чи незакінчену середню освіту (5,11±0,96%).

Як видно з рис. 1, подібно як і в державі в цілому, освіченість опитаних міських мешканців вища, ніж сільських ($p < 0,001$), а чоловіків – ніж жінок ($p < 0,01$). Логічно, що рівень освіти респондентів з віком зменшується ($p < 0,001$) за рахунок зростання частки осіб із середньою загальною та незакінченою загальною освітою (з 28,57% у віці до 30 років, до 46,74% у літньому віці).

За результатами розрахунку показника відношення шансів не отримано доказів, що рівень освіти впливає на задоволеність медичною допомогою (OR за наявності вищої, ніж середня загальна освіта дорівнює 0,83; 95% CI: 0,56 – 1,22; $p > 0,05$).

Вивчення рівня добробуту пацієнтів хірургічних відділень показало, що на момент дослі-

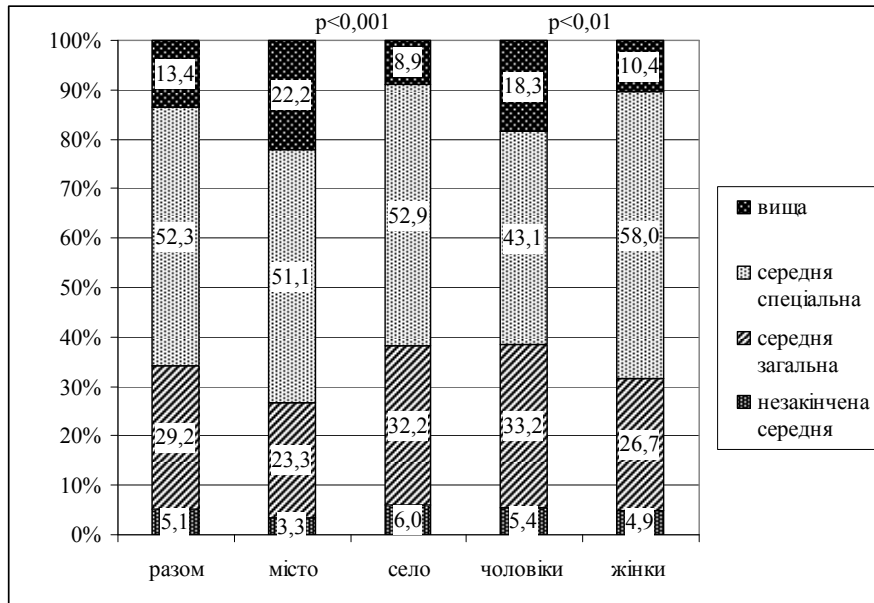


Рис. 1. Характеристика рівня освіти пацієнтів хірургічних відділень у стаціонарі

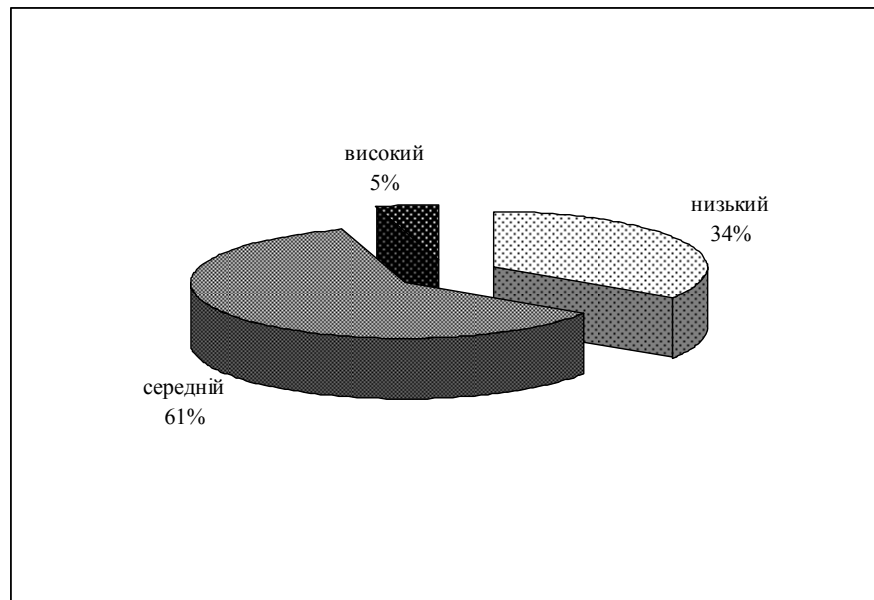


Рис. 2. Результати самооцінки респондентами рівня матеріального благополуччя

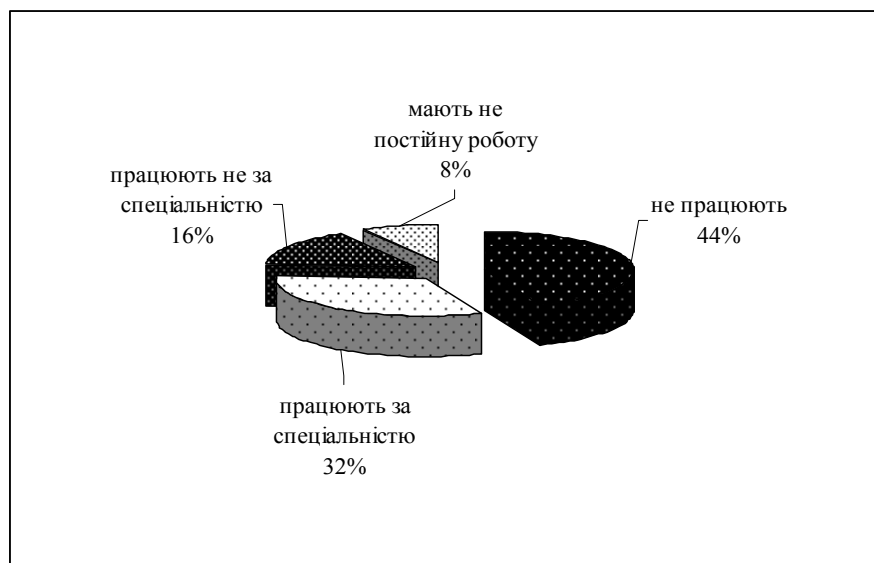


Рис. 3. Характеристика зайнятості опитаних

дження (2011 р.) у більшості респондентів ($66,83 \pm 2,30$ %) як чоловіків, так і жінок ($p > 0,05$), матеріальний дохід на одного члена сім'ї виявився нижчим від прожиткового мінімуму (894 грн). При цьому добробут сільських мешканців достовірно гірший, ніж міських ($p < 0,001$). Дві третини ($73,53 \pm 2,68$ %) опитаних пацієнтів із сільської місцевості мають дохід, нижчий від прожиткового мінімуму, в той час як серед міських пацієнтів таких половина ($54,42 \pm 4,11$ %). Спостерігається деяке зростання вказаного показника з віком: із $54,10 \pm 6,38$ % серед молодших 30 років, до $68,83 \pm 5,28$ % – $74,47 \pm 4,50$ % у віці понад 40 років ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що в групі пацієнтів, незадоволених наданою медичною допомогою, значно більше осіб із рівнем добробуту нижчим від прожиткового мінімуму, ніж у групі задоволених: $75,97 \pm 3,76$ % проти $62,76 \pm 2,84$ % відповідно ($p < 0,05$). Отже, можна висловити гіпотезу, що задоволеність медичним обслуговуванням корелює із рівнем доходу населення. Її підтвердженням стало те, що низький добробут пацієнтів у 2-3 рази збільшує шанси незадоволення медичною допомогою (OR=1,88; 95 % CI: 1,17-3,00; $p < 0,05$).

Крім об'єктивного рівня доходів, важливим, на наш погляд, є й вивчення самооцінки добробуту. Адже це дозволяє респондентам, орієнтуючись на всі свої прибутки (крім заробітку і соціальних виплат, наприклад, доходи від присадибної ділянки чи домогосподарства, тіньові тощо), порівняно з родичами, сусідами, іншими соціальними прошарками, точніше показати своє місце в суспільстві за цим критерієм.

На відміну від об'єктивного рівня доходів, частка тих, хто вважає свій добробут низьким, виявилася удвічі нижчою і становила $34,29 \pm 2,08$ % опитаних, незалежно від статі ($p > 0,05$) і місця проживання ($p > 0,05$). Як видно з рис. 2, більшість респондентів ($60,92 \pm 2,14$ %) відносять себе за рівнем доходів до середнього класу і тільки $4,79 \pm 0,93$ % – до високо забезпечених.

Частка осіб, що вважають добробут своєї сім'ї низьким, достовірно зростає з віком: з $21,35 \pm 4,34$ % серед молодших 30 років, до $45,56 \pm 5,25$ % у віці понад 60 років ($p < 0,001$). Проте в групах задоволених і незадоволених якістю наданої медичної допомоги не вдалося встановити суттєвої різниці щодо суб'єктивної оцінки рівня благополуччя ($p > 0,05$). Відповідно й OR при низькій самооцінці становить 1,38 (95 % CI: 0,54 – 3,53; $p > 0,05$).

Тобто, суб'єктивна самоасоціація респондентів із певною соціальною групою за рівнем добробуту суттєво погіршується лише з віком і не впливає на задоволеність наданою медичною допомогою.

Встановлений досить низький рівень матеріального благополуччя як за суб'єктивними, і особливо – об'єктивними критеріями, значною мірою можна пояснити незадовільною зайнятістю

опитаних суспільно корисною працею, незалежно від місця проживання. Як видно з рис. 3, понад 40 % ($43,83 \pm 2,16$ %) з них на момент дослідження не працювали. Тільки третина ($31,88 \pm 2,03$ %) респондентів працевлаштовані за спеціальністю, а решта – працюють не за своїм фахом ($15,94 \pm 1,59$ %) чи перебиваються випадковими заробітками ($8,35 \pm 1,20$ %).

Половина непрацюючих – це пенсіонери ($40,87 \pm 3,24$ %) та інваліди ($8,26 \pm 1,82$ %), тобто знаходяться на державному соціальному утриманні. Ще $7,39 \pm 1,73$ % – студенти. Решта, а це практично 40 % не зайнятих – не мають роботи або займаються домогосподарством.

Особливо вражає рівень безробіття чоловіків. Частка непрацюючих серед них сягає $52,00 \pm 3,53$ % проти $38,84 \pm 2,70$ % серед жінок ($p < 0,01$). Причому не за рахунок пенсіонерів, яких, враховуючи час виходу на пенсію, серед обстежених чоловіків зафіксовано дещо менше, як і серед жінок – $36,54 \pm 4,72$ % проти $44,44 \pm 4,43$ %, а власне безробітних – $30,77 \pm 4,53$ % проти $17,46 \pm 3,38$ % відповідно.

Логічно, що рівень зайнятості та його структура з віком змінюються ($p < 0,001$) – зростає частка непрацюючих до $83,52 \pm 3,89$ % у віці понад 60 років, головним чином завдяки пенсіонерам ($94,74 \pm 2,56$ %). Проте привертає увагу, що половина ($47,25 \pm 5,23$ %) молоді до 30 років не працюють, з них тільки $55,81$ % навчаються, а решта мають статус безробітних. Особливо гостро проблема зачіпає молодих чоловіків, дві третіх яких ($75,00 \pm 9,68$ % проти $39,44 \pm 5,80$ % жінок цього віку) не працюють, у тому числі 40 % не мають місця роботи чи навчання.

Суттєвої відмінності в рівні та структурі зайнятості серед основних груп порівняння (задоволених медичним обслуговуванням і ні) не встановлено ($p > 0,05$). Відповідно й OR при незайнятості становить 0,85 (95 % CI: 0,59 – 1,25; $p > 0,05$). Однак належність до таких соціально вразливих груп, як пенсіонери чи інваліди, суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою (OR=1,84; 95 % CI: 1,03 – 3,31; $p < 0,05$).

Висновки

1. Один із найважливіших аспектів якості медичної допомоги – задоволеність пацієнтів, достовірно залежить від рівня матеріального доходу на члена сім'ї (OR=1,88; 95 % CI: 1,17-3,00; $p < 0,05$) і належності до соціально вразливих верств населення – пенсіонерів та інвалідів (OR=1,84; 95 % CI: 1,03 – 3,31, $p < 0,05$).

2. Не отримано доказів, що рівень освіти та суб'єктивна самооцінка добробуту є чинниками формування задоволеності пацієнтів медичною допомогою ($p > 0,05$).

Перспективи подальших досліджень. Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи контролю якості хірургічної стаціонарної допомоги.

Література

1. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст. [Монографія] / В.Ф. Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
2. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. – К., 2009. – 50 с.
3. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г.В. Дзяк, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6-9.
4. Надюк З.О. Управління якістю медичної допомоги та її доступність для населення України / З.О. Надюк // Вісник НАДУ. – 2005. – № 3. – С. 255-261.
5. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття “якість медичної допомоги” / О.Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 3-4. – С. 72-75.
6. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. – 86 с.
7. Measuring quality: from the system to the provider / D.B. Evans, T. Tessa Tan-Torres Edejer, J. Lauder [et al.] // Inter. J. For Quality Health Care. – 2001. – Vol. 13. – P. 437-446.
8. Грузева Т. С. Бідність як глобальна загроза громадському здоров'ю / Т.С. Грузева // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1(25). – С. 26-28.
9. Децик О.З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О.З. Децик // Гал. лікар. вісник. – 2011. – Т. 18, Ч. 2. – С. 5-8.
10. Бабоч П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П.Н. Бабоч, А.В. Чубенко, С.Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113-119.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

А.М. Яворский

Резюме. Статья посвящена изучению влияния параметров социально-экономического статуса пациентов на их удовлетворенность хирургической помощью. Обследовано 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области. Установлено, что шансы неудовлетворенности пациентов хирургической помощью достоверно возрастают при низком уровне материального дохода на члена семьи (OR=1,88; 95 % CI: 1,17-3,00; p<0,05) и принадлежности к социально незащищенным группам населения – пенсионерам и инвалидам (OR=1,84; 95 % CI: 1,03 – 3,31; p<0,05). Не получено доказательств, что уровень образования и субъективная самооценка благополучия являются факторами формирования мнения пациентов о медицинской помощи (p>0,05).

Ключевые слова: качество медицинского обслуживания, удовлетворенность медицинской помощью, социально-экономический статус.

SOCIOECONOMIC STATUS OF PATIENTS OF SURGICAL DEPARTMENTS AND ITS INFLUENCE ON THE SATISFACTION WITH MEDICAL CARE

А.М. Yavorskyi

Abstract. The paper deals with studying the influence of the parameters of the socioeconomic status of patients on their satisfaction with surgical aid. We have examined 530 patients completing treatment at the surgical departments of the Ivano-Frankivsk region at all levels. It has been established that the chances of patients' dissatisfaction with surgical aid significantly increase in case of a low level of financial income per family member (OR=1,88; 95 % CI: 1,17-3,00, p<0,05), and belonging to socially vulnerable population sections such as pensioners and the disabled (OR=1,84; 95 % CI: 1,03-3,31, p<0,05). No evidence that the level of education and a subjective self-appraisal of well-being are the factors forming patients' opinions as to patient care (p>0,05) has been obtained.

Key words: quality of medical care, satisfaction with medical care, socioeconomic status.

SHEE «National Medical University» (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – доц. В.Е.Кардаш

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 1 (61). – P. 191-195

Надійшла до редакції 21.10.2011 року