

Дейкун М. П. Моніторингове соціологічне дослідження проблем охорони здоров'я населення / М. П. Дейкун // Український медичний часопис. – 1999. – №3 (11) – С. 83-87.

М.П. Дейкун

МОНІТОРИНГОВЕ СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Міська лікарня №4

Ключові слова: соціологічне дослідження, програма-анкета, охорона здоров'я, медична допомога, реформа.

Резюме. У статті наведені результати соціологічного дослідження з використанням методу само анкетування та активного інтерв'ювання населення (зокрема керівників і спеціалістів органів управління підприємства та установ, працівників медичних закладів, пересічних громадян – відповідно 215,498,2241 чоловік) м. Чернігова з метою вивчення їх становлення щодо необхідності проведення на сучасному етапі реформ у сфері охорони здоров'я. Результати опитування 2954 жителів міста свідчать, що майже 2/3 осіб вважається необхідним реформування існуючої системи охорони здоров'я населення.

ВСТУП

Здобуття Україною суверенітету, проведення політичних та соціально-економічних реформ, спрямованих на перехід до ринкових відносин, не призвели до адекватних нових умов перетворень у системі охорони здоров'я, що продовжує функціонувати за принципами колишнього СРСР, що і стало однією з основних причин її поступової управлінської, функціональної та інфраструктурної розбалансованості. Окремі спроби галузевого реформування системи охорони здоров'я шляхом створення і запровадження нових відносин господарювання та організаційних моделей її функціонування носять переважно локальний характер, здійснюються безсистемно і без належного наукового обґрунтування та недостатнього використання придатного для України досвіду зарубіжних країн, а також без врахування вітчизняних наукових розробок та накопиченого досвіду.

Одна з причин неефективності змін у системі охорони здоров'я України, що переживає кризу через економічні труднощі перехідного періоду, — відсутність науково обґрунтованої комплексної державної концепції — програми щодо вирішення соціально-економічних аспектів проблеми збереження здоров'я населення. Концепція МОЗ України (1997) передбачає переважно відновлення втраченого здоров'я, тобто забезпечення населення перш за все медичною допомогою, а не охороною здоров'я, що являє собою принципову різницю у підходах до його збереження і зміцнення як з боку органів управління охороною здоров'я, так і органів державної влади.

У той же час в «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (1992) вказано, що «... суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу ...», а «... реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади...». Проте на практиці питання охорони здоров'я населення перекладені фактично на систему охорони здоров'я, хоча її

функціональне призначення полягає переважно у вирішенні проблем відновлення здоров'я і здійсненні медичної профілактики.

Слід зазначити, що саме проблемам охорони здоров'я населення, як і діяльності системи охорони здоров'я, присвячені численні дослідження, однак багато з поставлених в них питань розроблені ще недостатньо як в теоретичному, так і методичному плані. Крім того, організаційні принципи функціонування існуючої моделі охорони здоров'я в нових умовах вступають у функціонально-цільове протиріччя між діяльністю галузі і державою в частині заходів щодо первинної (соціальної) профілактики захворювань та охорони здоров'я, що зумовило погіршення демографічної ситуації та стану здоров'я населення України.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Об'єкт дослідження: система охорони здоров'я м. Чернігова; посадові особи органів та установ; медичні працівники; населення.

Під час підготовки до проведення соціологічного дослідження були розроблені три спеціальні програми-анкети:

- вивчення думки керівників і спеціалістів органів, підприємств і закладів з питань охорони та відновлення здоров'я населення міста;
- вивчення думки медичних працівників з питань охорони та відновлення здоров'я населення міста;
- вивчення думки населення з питань охорони та відновлення здоров'я населення міста.

Використовували метод самоанкетування та активного інтерв'ювання, що дало змогу вивчити позицію керівників і спеціалістів органів управління підприємств та установ, працівників медичних закладів і жителів м. Чернігова стосовно питань охорони та відновлення здоров'я населення — відповідно 215, 498 і 1138 (1103 — контрольна група) чоловік. До основної групи включені особи, які лікувалися в медичних закладах, до контрольної групи — які не потребували медичної допомоги (анкетовані за вибіркоvim методом).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сповільнення темпів розвитку охорони здоров'я, зниження життєвого рівня та показників здоров'я населення потребує функціонально-структурної реорганізації системи на всіх її рівнях, перш за все — чіткого розмежування функцій підсистем «охорони здоров'я», як загальнодержавних заходів, так і безпосередньо «медичної допомоги», а також нових моделей управління ними на засадах сучасного менеджменту. Однак до цього часу ці питання не знайшли належного наукового обґрунтування та практичної реалізації, за винятком системи охорони здоров'я м. Чернігова.

Так, відповідно до розробленої «Концепції функціонально-структурної реорганізації системи охорони здоров'я населення м. Чернігова» (затвердженої 3-ю сесією Чернігівської міської Ради XXII скликання від 12.04.95) здійснено диференціацію існуючої системи охорони здоров'я на дві самостійні, але функціонально взаємопов'язані підсистеми — «системи охорони здоров'я» і «системи медичної допомог» населенню з визначенням мети, функцій та завдань. Це дозволило:

а) організувати при міськвиконкомі «Комітет по охороні здоров'я» (КЗ) та концептуально обґрунтувати перейменування «відділу охорони здоров'я» у «відділ організації медичної допомоги» як керівних структур єдиної системи охорони здоров'я і медичної допомоги населенню (рішення виконкому міської Ради від 22.01.96, протокол № 5);

б) перерозподілити функції між підсистемами «охорони здоров'я» і «медичної допомоги» з конкретизацією їх діяльності;

в) створити умови для переведення системи управління охороною здоров'я м. Чернігова на наукові засади управління демографічними процесами та здоров'ям населення;

г) вперше затвердити на нових засадах соціально-економічно зорієнтовані регіональні програми профілактики інфекційних захворювань, туберкульозу, зниження смертності немовлят та інші (рішення Комітету по охороні здоров'я від 22.01.96, протокол № 5).

Проведені реорганізаційні заходи в міській системі неоднозначно оцінені на етапі їх проектування різними категоріями посадових осіб, медичними працівниками та населенням.

Так, під час соціологічного дослідження із 215 керівників і спеціалістів органів управління установ, підприємств та організацій міста, які взяли участь в анкетуванні, 30,7% — працювали в міських органах влади, 47% — на державних і 7,4% — на недержавних підприємствах, 14% — в установах і 0,9% — в інших організаціях.

Охоплення анкетуванням осіб, які за своїм службово-посадовим статусом виконують функції управління і належать до управлінського персоналу, має важливе значення, оскільки від розуміння ними проблем охорони здоров'я певною мірою залежить філософія подальшого розвитку системи в цілому в країні і реалізація конкретних заходів в регіонах. Серед опитаних посаду першого керівника займали 1,9%; заступників та лінійних керівників — відповідно 10,7 і 21,9% чоловік; 65,5% були працівниками апарату управління. Отже, найбільш численною виявилась група спеціалістів апарату управління, які у межах своїх службових обов'язків виконують хоча й допоміжні, але достатньо значущі управлінські операції, особливо розробляючи проекти основних положень і нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я населення.

Фактично, спеціалісти апарату управління є «первинними ідеологами» у підготовці і безпосередніми виконавцями рішень, що затверджуються посадовими особами, та виконують на практиці головні управлінські функції.

Серед анкетованих з числа управлінського персоналу жінок було 59,1%; 41,9% осіб були у віці 40-49 років, 30,7% — 30-39 років, 50-59 років — 16,7%, 20-29 років — 10,7%.

Глибина і всебічність розуміння суті проблем охорони здоров'я населення та шляхів їх вирішення достатньою мірою залежать від рівня освіти і стажу роботи (загального і особливо на конкретній посаді) працівників, виконуючих ті чи інші управлінські операції.

З числа опитаних даної групи 49,8% осіб мають вищу освіту, 39% — середню спеціальну, 11,2% — середню.

Абсолютна більшість (67,9%) опитаних працювали на даній посаді

близько 5 років, 27,7% — до 10 років і більше.

«Молодих» керівників (зі стажем роботи до 3 років) було 32,1%. Для них, як правило, характерні пошук власної концепції, самоутвердження, новаторство, рішучість, а часом і безкомпромісність дій.

Наведені дані свідчать, що більшість управлінського персоналу — досить досвідчені працівники, які мали можливість сформулювати своє особисте ставлення і власну позицію щодо проблем здоров'я населення, можуть стати авангардом у реформуванні існуючої системи охорони здоров'я.

Анкетування медичних працівників проводили окремо від населення, передусім з метою виявлення розуміння ними та оцінки досліджуваної проблеми, оскільки відповідальність за збереження та охорону здоров'я населення покладено саме на них і вони здатні віднайти реальні шляхи вирішення поставлених перед ними завдань. Тому істотність і соціально-професійна валідність думки медичних працівників очевидна, що й зумовлює нашу посилену увагу до цієї групи респондентів.

Із 498 анкетованих медичних працівників найбільше (54%) було середніх медичних працівників, 26,1% — лікарі, осіб, які працюють у медичних закладах, але не мають медичної освіти, — 13,9%.

З числа керівників 1,4% займали посаду головного лікаря, 1,6% — завідувача самостійних поліклінік, 5,2% — заступника головного лікаря та виконували функції лінійних керівників (завідувачі відділу чи кабінету, головні спеціалісти), загалом — 8,2% (табл. 1). Отже, виявлена закономірність співвідношення чисельності службово-посадових груп системи охорони здоров'я цілком відповідає даним літератури (Журавель В.И., 1994).

Таблиця 1

**Розподіл медичних працівників залежно від посади та статі
(в % до підсумку)**

Стать	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Керівник	6	85,7	1	14,2	7	1,4
Заступник	6	75	2	25	8	1,6
Лінійний керівник	12	46,1	14	53,9	26	5,2
Лікар	44	36,9	75	63,1	119	24
Середній медичний персонал	17	6,3	252	93,7	269	54
Інші	47	68,1	22	31,9	69	13,9
Разом	132	26,5	366	73,5	498	100

Серед медичних працівників більшість були жінки — 73,5%. Така закономірність підтверджена даними літератури.

Осіб у віці 40-49 років було 41,9%, 30-39 років — 30,7%, 50-59 років - 16,7%, 20-29 років - 10,7%.

Із 2241 жителя міста в анкетуванні взяли участь 839 (38,4%) чоловіків і 1402 (61,6%) жінки; з вищою освітою — 457 (20,4%), середньою спеціальною — 955 (42,6%), середньою — 829 (37%) осіб; у віці 20-29 років - 313(14%), 30-

39 років - 726 (32,4%), 40- 49 років - 791 (35,3%), 50-59 років - 280 (12,5%), 60 років і старше — 141 (5,8%); 515 (23%) — службовців, 1333 (59,5%) — робітника, 43 (1,9%) — учня, 177 (7,9%) — пенсіонерів, 112 (5%) — тимчасово непрацюючих, інших — 61 (2,6%).

Групи медичних працівників і представників населення за віком, рівнем освіти, характером діяльності — потенційно активна соціологічна частина населення.

Проводячи дослідження, ми намагалися з'ясувати думку представників різних категорій населення про те, хто з керівних структур, відомчих і громадських організацій міста повинен (переважно) відповідати за стан охорони здоров'я. Як варіанти відповіді пропонували: органи влади; керівники і спеціалісти підприємств (закладів), тобто працедавці; медичні працівники; профспілки та інші громадські організації.

Результати узагальнення та аналіз статистичного матеріалу виявили значні розбіжності думок і позицій стосовно суспільно-відомчого та особистого ставлення до збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення, а також їх відповідальності перед суспільством (табл. 2).

Таблиця 2

Результати опитування щодо громадської та особистої відповідальності за охорону і відновлення здоров'я населення

Проблема	Працівники органів влади	Працедавці	Медичні працівники	Громадські об'єднання, спілки	Сама людина	Всі вказані	Інші
Охорона здоров'я	32,1	-	5,6	0,5	3,7	58,1	-
Відновлення здоров'я	3,7	0,9	76,3	0,9	0,5	17,7	-

Абсолютна більшість респондентів вважають, що охорона здоров'я (крім графі «всі вказані») повинна бути у компетенції органів влади (32,1%), медичних працівників (9,6%) і кожної особистості (58,1 %). На думку певного числа опитуваних, профспілкові та громадські організації, працедавці (керівники підприємств, господарств та ін.) не повинні відповідати за стан цієї проблеми.

Щодо проблеми відновлення здоров'я респонденти висловлювались більш коректно, а їх зауваження щодо виконання функціональних обов'язків медичних працівників (76,3%) відповідали реаліям сьогодення.

Знання чинного законодавства в галузі охорони здоров'я, прав та обов'язків громадян працівниками та керівниками незалежно від рівня їх освіти, фаху чи посади — це підґрунтя цілеспрямованих і своєчасних дій, необхідних для вирішення питань практичної діяльності. Однак результати дослідження свідчать про недостатню обізнаність респондентів з існуючою законодавчою і нормативно-правовою базою стосовно проблем, що вивчаються.

Так, 46,91% респондентів не знають основних законодавчих і нормативних актів у сфері охорони здоров'я, а 46,9% — лише поверхово

обізнані з ними, що можна розцінити як варіант ухилення від відповіді.

Особливий інтерес викликає аналіз одержаних матеріалів у розрізі професійної діяльності і громадської позиції респондентів. Практично ні керівники (27,9%), ні медичні працівники (5,4%), а тим більше пересічні громадяни (45,4%) не обізнані або лише частково обізнані (65,1, 88,8 і 36,1% відповідно) з основними законодавчими актами у сфері охорони здоров'я.

Отже, фактично близько 90% опитаних не мають необхідних знань у сфері чинного законодавства з питань охорони здоров'я і, відтак, не використовують його у своїй діяльності і повсякденному житті, що значною мірою перешкоджає проведенню потрібних перетворень у цій галузі.

Під час проведення соціологічного дослідження вивчали ставлення різних верств населення стосовно доцільності перетворень у галузі охорони здоров'я. Майже 2/3 респондентів висловились за необхідність проведення реорганізації міської системи охорони здоров'я (табл. 3).

Таблиця 3

Результати опитування респондентів щодо необхідності реорганізації міської системи охорони здоров'я

Оцінка	Керівники		Медичні Працівники		Населення		Разом	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Так	101	47	329	66	1461	65,1	1891	64
Частково	103	47,9	158	32	501	22,4	762	25,8
Ні	8	3,7	1	0,2	108	4,8	117	4
Важко відповісти Вагаюсь	2	0,9	9	1,8	150	6,6	161	5,5
Інші	1	0,5	1	0,2	21	0,9	23	0,7
Разом	215	100	498	100	2241	100	2954	100

За необхідність зміни існуючої міської системи охорони здоров'я висловились медичні працівники і представники різних верств населення — особи, які за родом занять або за посадою найбільш тісно пов'язані з діяльністю органів охорони здоров'я чи є її об'єктом.

У цілому на питання анкети стверджувально відповіли 66 і 65,1% відповідно. Впровадження «часткових» реорганізаційних заходів підтримали відповідно 32 і 22,4%. За проведення реформи у повному обсязі висловились 47% керівників, за часткове — 47,9%, загалом позитивне ставлення виявили 94,9% з них. Категорично проти проведення реформи системи охорони здоров'я 3,7% керівників. Додатково уточнивши ці дані, встановили, що 8 (3,7%) керівників (3 — керівники підприємств, 5 — їх заступники, тобто особи, які за своїми службовими обов'язками безпосередньо повинні вирішувати питання охорони здоров'я робітників) не погоджуються з проведенням будь-якої реформи. До того ж, ототожнюють поняття «охорона здоров'я» та «відновлення здоров'я» 6 з них, не можуть відповісти конкретно — 2. Наведені дані переконливо свідчать про недостатній рівень розуміння окремими керівниками

проблем охорони здоров'я населення.

Отже, необхідність реорганізаційних заходів у системі охорони здоров'я населення м. Чернігова знаходить підтримку і розуміння у 89,8% опитаних, як серед працюючих, так і населення загалом. Наведені нами результати співпадають з опублікованими даними, зокрема, у матеріалах соціального дослідження в 1993-1994 рр. серед медичних працівників і населення м. Челябінська (Розенфельд Л.П и соавт., 1995).

Одним з принципів питань даного соціологічного дослідження було з'ясування думки опитуваних за відомчою приналежністю у вирішенні проблем соціальної зумовленості здоров'я населення. Встановлено, що 74% респондентів вважають соціальні проблеми здоров'я населення справою всіх громадсько-державних структур (органів влади, керівників органів управління підприємств і закладів, медичних працівників, профспілок), незалежно від їх приналежності до відомств, і особисто людини.

Однак 21,6% опитаних (майже 1/5) переконані, що заходи соціальної (первинної) профілактики здоров'я повинні перед усім вирішуватися органами влади, 3,3% — за місцем роботи (тобто керівниками підприємств і закладів) і тільки 1,9 і 1,7% відповідно — профспілками і медичними працівниками. Така закономірність виявлена і серед керівників, медичних працівників і населення.

Так, з числа керівників 80,5% вважають, що питання первинної профілактики повинні вирішуватися в комплексі всіма відомствами, 17,7% — безпосередньо органами влади, по 1% — за місцем роботи і медичними працівниками, однак виключаючи з цього процесу профспілки та особисто людину; 90,4% медичних працівників і 65,6% населення — у комплексі всіма відомствами, відповідно 7,8 і 25% — органами влади, 0,2 і 4,2% — за місцем роботи, 1,4 і 1,9% — медичними працівниками, 0 і 0,6% — профспілками, 0,2 і 0,6% — вказують на активну участь у збереженні і в зміцненні здоров'я особисто людини.

Отже, порівняльний аналіз даних соціологічного дослідження ролі і функції різноманітних відомств у здійсненні заходів щодо первинної профілактики здоров'я населення свідчить про наявні деякі розбіжності думок опитаних.

Однак за більшістю пар відповідей, які однорідно порівнюються, відмінності були статистично невірогідні ($t < 2$). Виняток складають тільки варіанти відповідей, що порівнюються серед груп населення і медичних працівників, населення і керівників, стосовно оцінки ролі органів влади в соціальній профілактиці здоров'я населення. В обох порівнюваних групах виявлені статистично вірогідно розбіжності ($t > 2$).

З метою уникнення можливості суб'єктивізму через недостатньо глибокі знання опитуваними основних законодавчих і нормативних актів стосовно проблем здоров'я населення і неправильного уявлення про цільове призначення існуючої системи охорони здоров'я та функціональних обов'язків медичних працівників у програму-анкету соціологічного дослідження було внесено питання: «Як ви вважаєте, чи входить до прямих професійних обов'язків медичних працівників, крім надання медичної допомоги хворим, вжиття заходів щодо проведення первинної профілактичної роботи серед населення, а саме — створення належних умов праці, побуту, відпочинку, харчування

тощо?».

Узагальнений аналіз даних дослідження цього аспекту проблеми виявив усі недоліки організації системи охорони здоров'я населення.

Так, на думку 21,9% респондентів, беззаперечно (27,9%) складовою функціональних обов'язків медичних працівників є проведення заходів, спрямованих на покращання чи створення оптимальних умов праці, побутових умов, відпочинку та харчування населення. Стверджувально відповіли 13,5% керівників і 66,1% — населення, 30,5 і 19,4% відповідно, тобто більше 2/3 у першій групі керівного складу і більше 1/2 у другій групі. Більше того, медичні працівники, з огляду на існуючі у них стереотипи, саме так розцінюють своє призначення в 5,8 і 31% випадків.

Отже, професійна, громадська та особиста позиція населення, незалежно від статі, освіти, посади, фаху чи віку, щодо питань охорони здоров'я не відповідає реальному стану справ і не може бути оцінена як «активна» посадова, професійна і громадська позиція. Це і є, на наш погляд, одним з об'єктивних факторів інертності, нецілеспрямованої діяльності державно-регіональних, законодавчих і відомчих керівних структур, неспроможності проведення радикальних реформ на зразок ринкових відносин.

Більш адресними були відповіді соціологічної групи на питання про безпосередню відповідальність за неприйняття дійових заходів, спрямованих на зниження несприятливого впливу на здоров'я населення природно-кліматичних факторів (наприклад, раптової ожеледиці) чи з причини технологічних порушень функціонування комунальних служб міста (водопровідної мережі, каналізаційного колектора тощо). Результати аналізу свідчать, що 70,7% опитаних вважають це обов'язком органів влади. Інші варіанти відповідей стосувались керівників за місцем роботи (2,4%), професійних спілок (1,7%), інших служб (0,4%) та практичної медицини (0,3%). Завданням і обов'язком усіх керованих систем міста і відомств 24,5% респондентів вважали послаблення і запобігання впливу несприятливих факторів різного генезу на здоров'я населення.

Виявлена за результатами соціологічного дослідження закономірність в цілому зберігається в усіх виділених груп респондентів. Принциповою відмінністю є тільки те, що група «керівників» виключає свою безпосередню (а не за примусом) участь у проведенні заходів щодо попередження або ліквідації наслідків стихії (0%), тоді як 3,7% населення і 0,4% медичних працівників дотримуються протилежної думки.

ВИСНОВКИ

1. У 90% опитаних немає необхідних знань чинного законодавства з питань охорони здоров'я.

2. Професійна, громадська і особиста позиція респондентів стосовно системи охорони здоров'я — не досить активна і не завжди адекватна з огляду на реальний стан справ у цьому дуже важливому розділі діяльності держави і суспільства.

3. Більшість опитаних висловились за необхідність проведення реорганізації існуючої системи охорони здоров'я у місті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. Киев. - РИК «Деснянська правда». -1994. - 335 с.
2. ЗУ «Основы законодательства України про охорону здоров'я. - Відомості Верх. Ради України. - 1993. - № 4.
3. Попов Г.Х. Эффективное управление. Экономика. - Москва. - 1985. - 335 с.
4. Розенфельд Л.Г., Лебедев А.А., Прокофьев В.Г. Отношение медицинских работников и населения к проведению экономической реформы в здравоохранении. Проблемы социальной гигиены и история медицины, № 5. – 1995. - С. 19-25.

FOLLOW UP SOCIOLOGICAL STUDY ON THE PROBLEM OF PUBLIC HEALTH PROTECTION

N. P. Deikun

Summary. The results of the sociological study with self - questionnaires and an active interview of the selected groups of Chernigiv population (215 heads and specialists of administrations of institutions and organizations, 498 workers of medical institutions and 2241 common citizens) for an assessment of their attitude to a necessity of reforms carrying out in public health protection are presented. An interview of 2954 inhabitants of the city has shown that nearly 2/3 of the persons are agree with a necessity of the existing public health protection system reforming.

Key words: sociological study, questionnaire - programme, health protection, medical aid, reform.