

Яблучанський М.І., Бакіров В.С., Ніколаєвський В.М., Бабак О.Я. „Лікар і пацієнт очима пацієнта“. Доклад. Всеукраїнська науково-практична конференція „Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на засадах принципів громадянського суспільства“. 6-7 листопада 2003 р. м. Комсомольск, Полтавська обл.

ЛІКАР І ПАЦІЄНТ ОЧИМА ПАЦІЄНТА

В.С. Бакіров, В.М. Ніколаєвський, О.Я. Бабак, М.І. Яблучанський

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Інститут терапії АМН України

Здоров'я, неперехідна цінність особистості і суспільства, сьогодні у нашій державі не задовольняє жодного. В вирішенні негайних питань, пов'язаних з його поліпшенням, важливе місце займає статистика. Але до офіційної медичної статистики, що базується виключно на даних звернення населення до медичних закладів, все більше запитань, ніж довіри. Тому все частіше сприймаються спроби застосування альтернативних інструментів, одним з найефективніших серед яких вважається соціологічний опит населення.

Метою нашого дослідження стало вивчення стану здоров'я населення та його відношення до медичної допомоги в країні за даними масового соціологічного опиту населення у порівнянні з Державною медичною статистикою (ДМС) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та урахуванням даних всеукраїнського державного перепису населення.

Використані результати соціологічного дослідження «Умови життя, образ життя і здоров'я», реалізованого в рамках програми Sorapicus-2, фінансованого Європейським Союзом в 2001-2003 рр., а на Україні координованого Східно-українським Фондом

соціальних досліджень спільно з соціологічним факультетом Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Це дослідження вивчало співвідношення умов життя, образу життя і здоров'я дорослого населення восьми колишніх радянських республік. В Україні воно включало в себе два етапи: масовий опит населення у віці 18 років і старше (n=2 400) і якісне дослідження з поглибленим інтерв'юванням з експертами та фокусованим груповим інтерв'ю. Використані також дані зведеного Звіту медичної статистики Центра медичної статистики МОЗ України за 2002 р. по лікувально-профілактичним закладам державної форми власності про розповсюдженість захворювань та кількість зареєстрованих нових випадків захворювань серед дорослого населення країни, а також опубліковані офіційні дані всеукраїнського перепису населення, що проводився у 2001 р., по 20-ти областям України, м. Києву і АР Крим.

Вивчення репрезентативності даних соціологічного опиту демографічному складу суспільства показало добру відповідність одного іншому. Так, для прикладу, процентний розподіл опитаних і жителів по областям України був, відповідно, таким: Вінницька – 5 і 4, Дніпропетровська – 8 і 9, Донецька – 8 і 10, Закарпатська – 5 і 3, Луганська – 6 і 5, Львівська - 9 і 6, Миколаївська – 4 і 3, Одеська – 6 і 5, Полтавська – 4 і 4, Ровенська – 5 і 3, Сумська – 4 і 3, Чернігівська – 6 і 3, Черновицька – 3 і 2 , Харківська – 7 і 7, АР Крим – 5 і 5. Кількість усього зареєстрованих випадків захворювань на 1 дорослого жителя по цим областям склало, відповідно, 1,8, 1,6, 1, 5, 1,5, 1, 4, 1,5, 1,3, 1,5, 1, 4, 1,4, 1,5, 1,8, 1,6, 1,3, 1,2. В наявності не лише висока захворюваність - більше 1 захворювання на 1 дорослого жителя – але і близькі дані захворюваності по областям, притому, що доре відому принципово різна доступність державних лікувально-профілактичних установ, якими виконується медична статистична звітністьЮ для сільських і міських жителів при аграрному характері одних і промислового – других областей, не враховуючи інших більш глибоких регіональних розбіжностей промислової інфраструктури, кліматичних умов, щільності населення, множини інших факторів.

Порівняння даних соціологічного опиту з даними медичної статистики показує, що реальна розповсюдженість захворювань і захворюваність серед населення країни значно більша, ніж оцінюється статистикою. Своє здоров'я при соціологічному опиті відмовились оцінити лише 0,1% і затруднилися – 1,8% опрошених. Добрим його рахували 14% і скоріше добрим – 35,1%, тоді як скоріше поганим – 28% і поганим – 21%. При цьому існування хронічних проблем зі здоров'ям відмітили 54%. Те, що 32% опрошених його погіршення зв'язують з захворюваністю органів кровообігу, 63% -

психічними розладами і захворюваннями нервової системи, 25% - захворюваннями органів дихання, 19% - захворюваннями системи сполучної тканини і рухового апарату та 1% - пухлинними процесами, слід думати, що у більшості кожного з них хвилює більше, ніж одне захворювання і рівень суспільного здоров'я в цілому являється достатньо низьким. ДМС так оцінила розповсюдженість захворювань по цим системам: система кровообігу – 27%, психічні розлади і нервова система – 6%, система дихання – 21%, система сполучної ткани і рухового апарату – 6%, пухлинні захворювання – 2%. Дані соціологічного опиту стосуються репрезентативної вибірки із усієї популяції і медичної статистики – тих, хто звернувся в державний сектор медичної допомоги. Тому більш вагома частота зустрічальності більшості із перерахованих груп захворювань в соціологічному опиті може розцінюватися як свідчення необхідності перегляду і пошуку кращих інструментів надання медичної допомоги і статистичної звітності. Дані соціологічного опиту на відміну від ДМС дозволили також визначити рівень схильності громадян до розвитку хронічних захворювань. На проблеми з концентрацією уваги вказали 30%, безсоння – 47%, постійну внутрішню напругу – 49%, неспроможність долати труднощі – 31%, відсутність задоволення від своїх повсякденних дій – 50%, втрату впевненості в собі – 17%, повне виснаження або сильну втому – 54%, стан стресу – 35% і відчуття чрезмерної складності життя - 2%. Добре відомо, що кожен із опрошених факторів грає ключову роль в зменшенні якості життя і збільшує ризик усіх без виключення захворювань. Вкрай важливі відповіді на поставлені у соціологічному дослідженні питання, що дозволяють оцінити якість фізичного стану опитаних, у тому числі об'єктивізувати можливу частоту серед них захворювань системи кровообігу. Досить важко 1 км пішком переборюють 18% і виключно важко - 11% опрошених. Без зупинки не можуть перебороти 2-3 сходових проліта 40%. Неприємні відчуття і біль в передсерцевій області відчували коли-небудь 46% опрошених, при цьому лише 5% з них при їх появі продовжували виконувати дії в попередньому обсязі, а 95% сповільнювали ходу або навіть, більш часто, зупинялися. Біль після сповільнення ходи і зупинки більше 10 хв. Зберігалася у 41% опрошених. Сильну біль в грудях на протязі 30 хв. І більше відчували 45% опрошених, що дали позитивну відповідь на мавші у них місце випадки неприємних відчуттів в області серця. У дівповідність до цього істинна частота ішемічної хвороби серця (ІХС) була реально в 2 і більше разів більшою, ніж реєструється ДМС. Важливий блок запитань стосувався проблем підвищеного артеріального тиску, що дало можливість не лише співставити одні з іншими дані соціологічного опиту да ДМС, але і оцінити відношення громадян до свого здоров'я. Хоча би 1 раз артеріальний тиск вимірювали до 94% опрошених, при цьому більше 67%

вимірювали його більше 1 разу на рік. Підвищений артеріальний тиск відмічають 39% опитаних, що суттєво вище даних ДМС. Регулярно антигіпертензивні препарати з цієї нагоди приймають лише 23%, стільки ж їх не приймали ніколи і останні або затруднялися відповісти, або приймали їх епізодично. Безумовно, тут скриваються резерви підвищення якості і подовження життя хворих на артеріальну гіпертензію, що потребують систематичного прийому антигіпертензивних препаратів. Такі ж зауваження природньо зробити і в відношенні інших проблем зі здоров'ям опитаних, у тому числі що стосується ІХС. Лікаря або фельдшера на протязу останніх 12 місяців відвідали хоча б один раз 62% опитаних. При цьому доброю або скоріше доброю надану допомогу оцінили 67%, більше поганою і дуже поганою - 25%, затруднилися з відповіддю 4% і медична допомога була відмовлена 3%. За надану допомогу заплатили 22% особісто, за 3% оплатили підприємство або спонсор і безкоштовну допомогу отримали 64%. Із даних опиту невідомо, в яких установах, державної чи недержавної форми власності, і яким континентам, з приводу яких захворювань, надавалася платна та безкоштовна медична допомога. Притому, що більшість громадян знають про проблеми свого здоров'я і час від часу з цього приводу якщо не звертаються до спеціалістів, то хоча б самі контролюють його, вони недостатньо активні у лікуванні. Так, якщо у відповідність до даних соціологічного опиту з нагоди збільшеного артеріального тиску фармацевтичні препарати приймали 80% опитаних, багато з них робили це нерегулярно (45%). Те, що частина опитаних приймала антигіпертензивні препарати більше 1 разу на добу (12%), тоді, як сьогодні для лікування артеріальної гіпертензії все ширше застосовуються препарати добової дії, є підстави запідозрити, що багато лікарів не ознайомлено з сучасними фармацевтичними замобами і методами лікування, причому не лише однієї артеріальної гіпертензії. Насторожує також, що лише у 4 випадках з 10 лікар звернув увагу опитаних на високий тиск, у останніх випадках вони взлани про це іншими шляхами.

У відповідності з соціологічним опитом якість здоров'я населення більш низька, а розповсюдженість захворювань і захворюваність більш високі, ніж можна було думати за даними ДМС. Соціологічний опит дозволив, окрім того, дати оцінку відношенню громадян до свого здоров'я, встановити ступіть їх розуміння важливості соціальних, економічних, середовищних, генетичних, медичних і інших факторів для здоров'я, показав їх високу зацікавленість в оцінці свого здоров'я і контролі за ним. Факторами, що визначають низький рівень здоров'я, всокі захворюваність і розповсюдженість захворювань, являються тяжкість життя, забруднення навколишнього середовища, якісне і кількісне голодання, низька соціальна захищеність, потребуючий суттєвої

корективки засіб життя. Більшість громадян знають про проблеми свого здоров'я і позитивно відносяться до можливостей його покращення, але не до кінця послідовні в реалізації необхідних заходів.

Природнім слід вважати подальший розвиток орієнтованих на медичні завдання соціологічних опитів, рівно як і перегляд сформованої ДМС, її адаптацію до змінюваних суспільних відносин, у тому числі що стосується змін в організаційній структурі медичної допомоги населенню. Настав також час подальшого осмислення соціологічного підходу і ДМС з побудовою на їх підґрунті більш могутнього подвійного інструменту вивчення здоров'я населення країни.

Література

1. Зведений річний звіт Центра медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України за 2001-2002 рр., Київ, Республіканський центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, 2002.
2. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины. М., 2000.
3. Elison J. Toward Sociomedical Health indicators.//Soc. Indicators. 1974, 1, 59-71.