

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© ЮРОВА И.Ю., ЧЕРНЫШКОВА Е.В., 2015

УДК 613.62(1-22)

Юрова И.Ю., Чернышкова Е.В.

БАРЬЕРЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского",
410012, г. Саратов, Россия

Для корреспонденции: Юрова Инна Юрьевна, innessa2010@gmail.com

Представлены результаты исследования внешних и внутренних факторов, препятствующих здоровьесбережению сельского населения с профессиональными заболеваниями. На основании отечественных и зарубежных данных, а также авторского исследования, проведенного методом анкетирования, определены барьеры реализации доступных для жителей села здоровьесберегающих стратегий. В выборку вошли 297 больных, страдающих профессиональными заболеваниями и леченных в стационаре клиники профзаболеваний ФБУН "Саратовский НИИ сельской гигиены" Роспотребнадзора. Гендерное распределение выборки: 196 мужчин и 101 женщина, возрастной диапазон 35—62 года. Изучена взаимосвязь факторов, влияющих на здоровьесбережение сельского населения с профессиональными заболеваниями. Определено, что к наиболее значимым барьерам здоровьесбережения сельских жителей с профессиональными патологиями относятся удаленность медицинских центров, обладающих квалифицированными медицинскими кадрами и хорошей диагностической базой, низкий уровень жизни сельского населения, отсутствие финансовой возможности обращаться к платной медицинской помощи, изменение социального статуса и отношения со стороны трудового коллектива, близких и родственников, при постановке диагноза.

Ключевые слова: здоровьесбережение; сельское население; профессиональное заболевание; барьеры здоровьесбережения; сельская медицина; здоровьесберегающие стратегии.

Для цитирования: Юрова И.Ю., Чернышкова Е.В. Барьеры здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями. *Социология медицины*. 2016; 15 (1): 38—41.
DOI 10.1016.1728-2810-2016-15-1-38-41

Yurova I.Yu., Chernishkova E.V.

THE BARRIERS OF HEALTH SAVING OF RURAL POPULATION WITH OCCUPATIONAL DISEASES

The V.I. Razumovskii Saratov state medical university, 410012 Saratov, Russia

For correspondence: Yurova I.Yu. innessa2010@gmail.com

The results of study of external and internal factors interfering with health saving of rural population with occupational diseases are presented. The barriers of implementation of available health saving strategies to rural residents are determined of the basis of national and foreign data and original study carried out using questionnaire survey as well. The sampling included 297 patients with occupational diseases and treated in hospital of the Saratov research institute of rural hygiene clinic. The gender distribution of sampling consisted of 196 males and 101 females. The age range consisted 35—62 years. The relationship of factors effecting health saving of rural population with occupational diseases is examined. It is determined that the most significant barriers of health saving of rural residents with occupational pathology include remoteness of medical centers with professional medical personnel and reliable diagnostic base, low living standards of rural population, absence of financial opportunity to use paid medical care, alteration of social status and attitude of staff and relatives in case of diagnosis.

Key words: health saving; rural population; occupational disease; barriers of health saving; rural medicine; health saving strategies

For citation: Yurova I.Yu., Chernishkova E.V. The barriers of health saving of rural population with occupational diseases. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (1): 38—41 (in Russ.).
DOI 10.1016.1728-2810-2016-15-1-38-41

Received 12.09.15
Accepted 12.04.16

Исследовательское внимание к проблеме здоровьесбережения сельского населения в процессе профессиональной деятельности обусловлено необходимостью повышения общего уровня жизни жителей села и необходимостью экстренного возрождения предприятий агропромышленного комплекса по всей стране. Проблема здоровьесбережения непосредственным образом связана с уровнем профессиональных заболеваний

сельских жителей, а также с их своевременной диагностикой, профилактикой и лечением. Однако в данном направлении наметилась серьезная тенденция к формированию новых и усилению имеющихся факторов, препятствующих своевременной медицинской помощи сельскому населению, страдающему профессиональными заболеваниями. Данные факторы могут рассматриваться в качестве барьеров здоровьесбережения,

препятствующих формированию у населения культуры здоровьесбережения, а также реализации здоровьесберегающих технологий.

В отечественной исследовательской литературе проблеме барьеров здоровьесбережения сельского населения уделено недостаточное внимание. В зарубежных исследованиях отмечается, что сельские жители сталкиваются с уникальным сочетанием факторов, создающих неравенство в сфере здравоохранения, отсутствующее в городах [1]. Это экономические факторы, социальные, образовательные и культурные различия, а также отсутствие или слабость законодательной базы и явная изоляция населения, проживающего в отдаленных сельских районах. Все это препятствует сельским жителям вести здоровую, нормальную жизнь и реализовывать имеющиеся у них стратегии поддержания здоровья. В результате у человека формируется установка на эксплуатацию собственного здоровья в условиях с ограниченными ресурсами для жизнедеятельности. "Здоровье сознательно и систематически подвергается сверхнормативным нагрузкам, прежде всего дополнительной трудовой занятостью, регулярной сверхурочной работой, работой во вредных условиях труда" [3].

Согласно аналитическому докладу "О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году" в области по состоянию на 1 января 2014 г. общее число случаев профессиональных заболеваний составляло 3727, из них среди работников сельскохозяйственных предприятий 1832 (49,2%). Доля профессиональных заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, в 2013 г. увеличилась до 81,6% против 80,3% в 2012 г. Наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости регистрируются в сельском хозяйстве.

В структуре профессиональных заболеваний у работников агропромышленного комплекса (АПК) первые ранговые места занимают заболевания периферической нервной системы (32,1%), хронический бруцеллез (20,6%), заболевания органов дыхания (16,6%) и вибрационная болезнь (13,4%). Далее идут заболевания опорно-двигательного аппарата (8,1%), нейросенсорная тугоухость (7,9%), прочие заболевания (1,3%).

В 2013 г. в клинику профзаболеваний ФБУН "Саратовский НИИ сельской гигиены" Роспотребнадзора было госпитализировано 879 человек. Из общего числа госпитализированных больных жители сельской местности составили 66,8%, из них у 62,2% были ранее установлены профессиональные заболевания и 37,8% направлены в клинику впервые. Городские жители, получившие курс лечения в условиях стационара, составили 33,2% [3].

Материал и методы

С целью исследования барьеров здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями в 2014 г. проведено анкетирование пациентов, проходивших лечение в стационаре клиники профзаболеваний ФБУН "Саратовский НИИ сельской гигиены" Роспотребнадзора. Объем выборочной совокупности составил 297 респондентов: в исследовании участвовали 196 мужчин и 101 женщина в возрасте 35—62 лет. Выборка сплошная.

Исследование базируется на авторской анкете "Условия и факторы формирования практик здоровьесбережения больных с профзаболеваниями, проживаю-

щих в сельской местности", позволяющей определить возможные барьеры здоровьесбережения для этого контингента. Статистический анализ полученных результатов осуществлялся с использованием прикладных программ Microsoft Excel и пакета программ SPSS Statistics 11.0 for Windows.

Результаты исследования

Выявление важнейших барьеров здоровьесбережения сельского населения, страдающего профессиональными заболеваниями, и степени детерминации здоровьесберегающих стратегий основывалось на определении внутренних и внешних факторов и условий, препятствующих осуществлению здоровьесберегающего поведения. Нами была изучена взаимосвязь следующих факторов, влияющих на здоровьесбережение сельского населения с профессиональными заболеваниями: удаленность места проживания от областного центра (где условия диагностирования профессиональных болезней в значительной степени выше, чем в сельских районах), оснащенность медицинских учреждений, эффективность работы лечебно-профилактических учреждений в сельской и городской местности.

Результаты исследования демонстрируют, что удаленность от областного центра в значительной степени влияет на частоту постановки первоначального диагноза профессионального заболевания. Больным, проживающим на расстоянии 50—150 и 150—250 км от областного центра, профессиональное заболевание было впервые диагностировано в районной больнице в 28,6 и 30,8% случаев соответственно, а проживающим не далее 50 км от областного центра — в 50% случаев. Однако наиболее эффективным в отношении диагностики профессиональных заболеваний является областной НИИ сельской гигиены, очевидно, в связи с уровнем оснащения медицинского учреждения и его специализацией, а также высокой квалификацией врачей. Наибольшая доля (46,2%) первоначальной диагностики профессиональных заболеваний установлена по результатам опроса среди проживающих в районах, удаленных более чем на 150 км от центра. Низкую эффективность в диагностике профзаболеваний демонстрируют фельдшерско-акушерские пункты (7,7%).

Среди респондентов с профессиональными заболеваниями, проживающих в сельской местности, незначительная часть обращается за платной медицинской помощью. Традиционно основными причинами сложившейся ситуации являются невысокий доход и низкий общий социально-экономический уровень жизни сельского населения. Социологический опрос показал, что больные со среднемесячным доходом на одного члена семьи, не превышающим 6 тыс. руб., обращаются за платными медицинскими услугами в 31,2% случаев, а респонденты с доходом до 9 тыс. руб. — в 40% случаев. Респонденты со средним уровнем дохода от 9 до 15 тыс. руб. активно пользуются услугами платных врачей (66,7%). Существует устойчивая взаимосвязь роста обращаемости к платной медицинской помощи с ростом доходов граждан.

По результатам социологического опроса, наиболее активными потребителями платных медицинских услуг является возрастная группа 35—44 лет (50%). Характеризуя социальный портрет потребителя медицинских услуг, А.В. Решетников отмечает, что "к платной медицине обращаются и те, у кого здоровье хорошее,

и те, у кого здоровье удовлетворительное, и те, у кого оно неудовлетворительное. Больше среди них тех, кто серьезных претензий к своему здоровью не имеет, и это, прежде всего, молодые люди в возрасте до 35 лет" [4]. Реже всего (16,7%) к помощи платных врачей обращаются люди в возрасте от 60 лет и старше, что также отражает общую тенденцию, отмеченную исследователями. В частности, И.Н. Баранов и Т.М. Скляр полагают, что "меньше всего лиц, плативших за медицинские услуги, среди пожилых людей — только 32%" [2].

Вредные условия труда являются одним из ведущих факторов, приводящих к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости или же напрямую вызывающих профессиональное заболевание. В случае выявления у сотрудника профессионального заболевания, согласно Трудовому кодексу РФ, он должен быть отстранен от вредных условий труда и переведен на другую работу. По результатам опроса всего 64% респондентов указали, что были отстранены от вредных условий работы после постановки диагноза "профессиональное заболевание" на государственных предприятиях и 59% сотрудников частных предприятий.

Трудно переоценить значение микросоциальной среды в процессе социально-психологической реабилитации больных профессиональным заболеванием. Поэтому отношения в трудовом коллективе и семье должны благоприятствовать адаптации больного к новым условиям жизни и помогать формированию специфических здоровьесберегающих стратегий. При этом на вопрос: "Как изменилось к Вам отношение коллег, начальства на работе после постановки диагноза профессиональное заболевание?", 43,6% служащих государственных предприятий и 11,8% — частных предприятий отметили ухудшение отношения к ним в трудовом коллективе. В целом можно констатировать, что почти в половине случаев отношение к сотрудникам с профессиональными заболеваниями в трудовом коллективе не изменилось.

Снижение социального статуса вследствие профессионального заболевания и угроза потери рабочего места, а возможно, и полного вытеснения с рынка труда оценивается мужчинами и женщинами по-разному. Данные исследования позволяют заключить, что мужчины выражают более позитивную оценку своего положения, чем женщины: всего 5,4% мужчин полагают, что отношение к ним изменилось в лучшую сторону, в то время как среди женщин таковых не оказалось. При этом 29,7% мужчин и 44,4% женщин указали, что отношение коллектива и начальства изменилось в худшую сторону после постановки диагноза профессиональное заболевание. Однако 51,4% мужчин и 44,4% женщин считают, что отношение к ним не изменилось.

Согласимся с мнением С.А. Ефименко, утверждающей, что семья является тем социальным институтом, который играет важную роль в формировании системы ценностей, социальных норм и правил в сфере здоровья и формировании здоровьесберегательной модели поведения [4]. Отношения в семье — один из основных факторов, способствующих или препятствующих скорейшему восстановлению здоровья или адаптации к новым условиям жизнедеятельности больных в связи с профессиональным заболеванием. В отечественной научной литературе незначительное внимание уделяется анализу роли родственников и членов семьи в процессе реабилитации и ухода за больными, страдающими про-

фессиональными заболеваниями. Мероприятия по уходу за больными требуют от родственников моральных и физических сил, финансовых затрат, а также определенных специальных знаний и навыков по оказанию помощи больному [7]. Кроме того, в нашей стране недостаточно развита система медико-социальной помощи больным с профессиональными заболеваниями и вся тяжесть ухода за ними ложится на членов семьи. Данная ситуация сказывается на отношениях в семье, что также отмечают в своих анкетах опрошенные пациенты. Респонденты мужского и женского пола воспринимают отношение к ним в семье по-разному. Изменение отношения в лучшую сторону отметили 35,1% мужчин и 16,7% женщин. В худшую сторону изменилось отношение к 11,1% женщин, мужчины такого изменения не почувствовали. Однако наибольшее число респондентов полагает, что отношение к ним близких и родственников после постановки диагноза никак не изменилось, среди мужчин так считают 62,2% респондентов, среди женщин — 61,1%.

В отношении к больным с профессиональными заболеваниями со стороны близких и родственников, можно констатировать вариативность восприятия данных изменений в разных возрастных группах. Среди респондентов в возрасте 35—44 лет на изменения в лучшую сторону указали 12,5%, 87,5% не отметили изменений, никто из опрошенных не выбрал вариант ответа об изменении отношений в худшую сторону. В возрастной группе 45 лет — 54 года изменения в лучшую сторону ощутили 43,5%, в худшую 4,3%, отсутствие изменений отметили 47,8%. Респонденты в группе 55—59 лет оценили изменения отношения к ним со стороны родственников следующим образом: в лучшую сторону 18,8%, в худшую 6,3%, не изменились 68,8%. В возрастной группе от 60 лет и старше на изменения в лучшую сторону указали 16,7%, на отсутствие изменений — 83,3%, ни один респондент не выбрал вариант изменения отношений в худшую сторону.

Результаты исследования

Анализируя барьеры, препятствующие здоровьесбережению сельского населения с профессиональными заболеваниями, можно выделить макро- и микроуровни. Макроуровень предполагает наличие внутри институциональных барьеров, связанных с функционированием и организацией системы здравоохранения. В данном случае речь идет о доступности медицинских услуг сельскому населению с профессиональными заболеваниями. Результаты исследования показали, что существует ряд препятствий, формирующихся внутри самой системы здравоохранения. Наибольшее значение при этом имеют удаленность медицинских центров с квалифицированными кадрами и необходимым диагностическим оборудованием и низкий уровень жизни сельского населения, отсутствие средств на получение платной медицинской помощи.

На микроуровне необходимо обратить внимание на отношение к людям с профессиональными заболеваниями, складывающееся в трудовом коллективе и семье. Ситуация в профессиональной среде зачастую либо не изменяется, либо ухудшается, что в целом препятствует формированию и реализации стратегии здоровьесбережения сельскими жителями с профессиональными заболеваниями. Подобные барьеры достаточно часто встречаются в трудовых коллективах.

Семья, как малая социальная группа, может способствовать или препятствовать успешной реализации здоровьесберегающих стратегий. Как показало исследование, в большинстве случаев ближайшее окружение лиц, страдающих профессиональными заболеваниями, посредством внимательного отношения может влиять на улучшение морального и психоэмоционального состояния больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Психологические факторы адаптации к ситуации профессионального заболевания (на примере работающего сельского населения). *Психология. Экономика. Право*. 2014; 3: 30—8.
2. Баранов И.Н., Скляр Т.М. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге. *Вестник СПбГУ. Серия 8*. 2004; 1 (8): 65—83.
3. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни — шаг вперед, два назад. *Социологические исследования*. 2010; 4: 75—88.
4. Решетников А.В., Ефименко С.А. *Социология пациента*. М.: Здоровье и общество, 2008.
5. *О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году. Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области*. URL: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (дата обращения: 30.03.2015).

6. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. *Экономика здравоохранения*. 2000; 12: 5—19.
7. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Hlth Policy Planning*. 2004; 19: 69—79.

Поступила 12.09.2015

REFERENCES

1. Andriyanova E.A., Chernyshkova E.V. Psychological adaptation factors to the occupational disease situation. *Psikhologiya. Ekonomika. Pravo*. 2014; 3: 30—8. (in Russian)
2. Baranov I.N., Sklyar T.M. Population behavior at medical service market and perspectives of medical insurance development in Sankt Petersburg. *Vestnik SPbGU. Seriya 8*. 2004; 1 (8): 65—83. (in Russian)
3. Varlamova S.N., Sedova N.N. Healthy life style — a step forward, two backwards. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2010; 4: 75—88. (in Russian)
4. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. *Sociology of Patient [Sotsiologiya patsienta]*. Moscow: Zdorovye i obshchestvo, 2008.
5. *About Labor Conditions and Defense, Industrial Incidents and Occupational Morbidity Rate at Factories and Business Enterprises of Saratov Region in 2013. Ministry of Employment, Labor and Migration of Saratov Region*. Available at: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (accessed: 30.03.2015). (in Russian)
6. Reshetnikov A.V. Social portrait of medical services consumer. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2000; 12: 5—19. (in Russian)
7. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Hlth Policy Planning*. 2004; 19: 69—79.

© КАЛЕВА Н.Г., КАЛЕВ О.Ф., 2015

УДК 614.2:616-058

Калева Н.Г.¹, Калев О.Ф.²

СПРАВЕДЛИВОСТЬ — КЛЮЧЕВОЙ ПРИНЦИП ГУМАНИТАРНОЙ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области, 454000, г. Челябинск, Россия; ²ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России, 454094, г. Челябинск, Россия

Для корреспонденции: Калева Нина Георгиевна, кандидат медицинских наук, главный специалист отдела по связям с общественными и научными учреждениями Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, KalevaNG@mail.ru

Проблема выявления, измерения, оценки и устранения неравенства и несправедливости в отношении здоровья остается нерешенной во всех странах мира.

Целью исследования стала оценка ситуации в отношении качества медицинской помощи (КМП) в первичном звене здравоохранения на региональном уровне и определение путей ее улучшения на основе гуманитарной модели системы управления качеством с позиций социологии медицины.

По материалам базы данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области проведен анализ 254 383 актов экспертиз качества медицинской помощи, в том числе 42 998 экспертиз помощи, оказанной врачами-педиатрами, и 61 860 — врачами-терапевтами. Дизайн относится к типу клинического аудита по медицинской документации законченного случая в поликлинической практике. Выявлены существенные различия в частоте дефектов качества медицинской помощи между областными центрами, большими городами, малыми городами и сельскими районами. Установлен феномен субоптимизации качества медицинской помощи в малых городах и сельских районах в период роста финансирования здравоохранения. Результаты исследования свидетельствуют о наличии несправедливости в вопросах охраны здоровья населения, живущего в неблагоприятных социально-экономических условиях. Для обеспечения справедливости в отношении здоровья разработана концепция гуманитарной модели системы управления качеством с позиций социологии медицины.

Ключевые слова: гуманитарная модель управления; качество медицинской помощи; справедливость; социология медицины.

Для цитирования: Калева Н.Г., Калев О.Ф. Справедливость — ключевой принцип гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения с позиций социологии медицины. *Социология медицины*. 2016; 15 (1): 41—47. DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-41-47