

направленности мероприятий системы ОМС, особенно СМО, что и является их первейшей обязанностью.

Если подобная информация будет исходить от их сотрудников, то одновременно будет повышаться и степень доверия застрахованных рассматриваемому субъекту ОМС.

Усредненная оценка качества медицинского обслуживания в столичной системе ОМС составила 3,04 балла, что соответствует качественной оценке "удовлетворительно". Невысокие оценки качества медицинского обслуживания в Москве в первую очередь объясняются следующими причинами: нехваткой лекарственных средств и расходных материалов; невысокой степенью технической оснащенности медицинской организации; отношением врачей; нехваткой врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Следует отметить, что своевременно обращающиеся за медицинской помощью дают более высокие оценки качества медицинского обслуживания.

Степень доверия медицинским работникам оказалась несколько выше, чем оценки качества медицинского обслуживания, данные респондентами. Так, в общей выборке средняя оценка степени доверия оказалась равной 3,62 балла, что соответствует качественной оценке "скорее доверяю". Своевременность обращения за медицинской помощью зависит от степени доверия застрахованного сотрудникам медицинских организаций, входящих в систему ОМС (в группе респондентов, предпочитающих своевременно обращаться к врачу, средняя оценка степени доверия медицинскому персоналу ЛПУ составила 4,1 балла).

Таким образом, исследование подтверждает предположение о том, что при оценках доступности и качества медицинского обслуживания необходимо проводить медико-социологический мониторинг застрахованных в системе ОМС — непосредственных потребителей медицинских услуг.

Современная система оценки качества и доступности медицинского обслуживания позволяет получить четкую картину относительно того, в каком направлении нужно вести работу медицинской организации, входящей в систему ОМС, чтобы максимально полно удовлетворить потребности застрахованных.

Большое значение имеет развитие форм и методов оценки эффективности медико-социологического мониторинга, благодаря которым могут изменяться показатели деятельности системы ОМС и здравоохранения в целом.

В современных условиях надежным гарантом предоставления бесплатной медицинской помощи является система ОМС, обеспечивающая социальную защиту всех категорий граждан, а социальный эффект деятельности территориального фонда ОМС Москвы заключается в организации защиты прав и интересов застрахованных.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи, медико-социологические исследования, респонденты, медицинская помощь, информированность о защите прав застрахованных, право на выбор врача, СМО и медицинской организации, эффективность деятельности системы ОМС

The sociology of mandatory medical insurance: Part 2

A.V. Reshetnikov

The research institute of sociology of medicine, economics and medical insurance of the I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia

The modern system of evaluation of quality and accessibility of medical service makes it possible to receive a clear-cut picture concerning the prospective directions of activities of medical organization included into the system of medical insurance to satisfy needs of the insured as much as possible. The major value has the development of forms and methods of evaluation of effectiveness of medical sociological monitoring to make possible to change the indicators of functioning of the system of mandatory medical insurance and public health on the whole. In actual conditions the system of mandatory medical insurance is a reliable guarantor of free medical care providing social protection of all categories of citizen. The social effect of activities of the Moscow territorial fund of mandatory medical insurance is in organization of protection of rights and interests of the insured.

Key words: accessibility, quality, medical care, medical sociological study, respondent, awareness of protection of rights of the insured, right to choose physician, medical organization, effectiveness, activity, mandatory medical insurance

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *Решетников А.В.* Процессное управление в социальной сфере: Руководство. — М., 2001.
2. *Решетников А.В.* Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.

Поступила 18.09.12

О.В. Карпова, М.А. Татарников, Е.Б. Марочкина

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 119991, Москва, Россия

Современные системы управления качеством медицинской помощи (КМП) основаны на использовании принципов и методов менеджмента качества. Часть из них нашла отражение в международных стандартах ISO семейства 9000 и их российских аналогах (ГОСТ Р ИСО 9000—2008 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь", ГОСТ Р ИСО 9001—

2008 "Системы менеджмента качества. Требования", ГОСТ Р ИСО 9004—2001 "Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности"). В области здравоохранения с 1 января 2010 г. действует ГОСТ Р 53092—2008 "Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения".

Данные стандарты были разработаны для того, чтобы помочь организациям всех видов и размеров внедрять и обеспечивать эффективное функционирование систем менеджмента качества (СМК). Управление основано на

О.В. Карпова — соискатель; *М.А. Татарников* — д-р мед. наук, зав. каф. (zdravl@mail.ru); *Е.Б. Марочкина* — канд. мед. наук, зав. учебной частью.

обратной связи, и совершенно естественно, что стандарты менеджмента качества определяют социологические методы как один из наиболее важных и эффективных инструментов оценки КМП и самих СМК.

В основе менеджмента качества лежат повторяемость процессов и статистические методы контроля. Для управления КМП необходимо определить и структурировать основные (лечебно-диагностические) и вспомогательные процессы, их последовательность, взаимодействие и ресурсное обеспечение. На основе оценки результативности и эффективности процессов и их взаимодействия разрабатываются и осуществляются корректирующие действия, которые, в свою очередь, также подлежат оценке и совершенствованию.

Управление качеством ориентировано на удовлетворение потребностей пациентов и других заинтересованных сторон. Недаром первым принципом менеджмента качества является ориентация на потребителей. Медицинские организации должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания.

Результаты социологических опросов о КМП являются важнейшей составляющей ее комплексной оценки. Их выделяют в специальную группу в качестве одного из наиболее важных показателей деятельности ЛПУ. Безусловно, объективную оценку качества могут дать лишь высококвалифицированные эксперты. Пациенты судят о качестве медицинских услуг, прежде всего, на основании своего субъективного восприятия их результативности и сервисного сопровождения. Тем не менее мнение пациентов исключительно важно для совершенствования лечебно-профилактического процесса.

В соответствии с ГОСТом Р ИСО 9000—2008 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь" под удовлетворенностью потребителей понимается их восприятие степени выполнения их требований и ожиданий. Понятно, что оценка медицинской помощи пациентами вещь достаточно субъективная. Она будет зависеть не только от реального положения дел, но и от ожиданий и запросов респондентов. Результаты социологических опросов подтверждают, что чем выше запросы, тем хуже оценка, и наоборот. При этом даже если требования потребителей были с ними согласованы и выполнены, это не обязательно обеспечивает их высокую удовлетворенность. В связи с этим оценка удовлетворенности потребителей должна обязательно включать социально-психологический анализ восприятия ими характеристик оказываемой медицинской помощи.

Изучение мнения пациентов является важнейшим источником информации о качестве медицинского обслуживания. Однако многие руководители органов управления и учреждений здравоохранения до сих пор не оценили возможностей медико-социологического анализа. На практике общественное мнение пока еще не стало реальным критерием деятельности ЛПУ и медицинских работников и не влияет на их финансовое положение.

В соответствии со стандартами менеджмента качества учреждения здравоохранения должны проводить мониторинг информации, касающейся восприятия пациентами выполнения их требований и ожиданий. Сбор таких данных может быть активным или пассивным. Руководству медицинской организации следует учитывать, что имеется много источников информации, связанных с потребителями, и разработать эффективные процессы сбора, анализа и использования указанных данных для улучшения деятельности. Для этого может быть разра-

ботана соответствующая документированная процедура получения и использования таких данных.

Основными источниками информации об удовлетворенности потребителей медицинских услуг являются:

- социологический опрос, как правило, в виде анкетирования;
- жалобы и предложения по совершенствованию деятельности;
- непосредственное общение с потребителями и другими заинтересованными сторонами;
- результаты изучения удовлетворенности целевых групп;
- отчеты, претензии, результаты экспертиз и исследований заинтересованных сторон (фондов ОМС, страховых медицинских организаций, общественных организаций по защите прав пациентов, доверенных лиц и т.д.);
- сообщения в средствах массовой информации;
- изучение по литературным и иным источникам удовлетворенности потребителей в других медицинских учреждениях, регионах и целевых группах и сопоставление полученной информации с собственными результатами.

В соответствии с ГОСТом Р 53092—2008 "Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения" в медицинских организациях необходимо разработать и внедрить документированный процесс объективного измерения удовлетворенности потребителей. Помимо социологической оценки КМП целесообразно осуществлять мониторинг информированности пациентов, осознания ими возможных результатов лечения и вероятности потенциальных осложнений во избежание недопонимания, ведущего к неудовлетворенности и конфликтным ситуациям.

Система мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг не должна быть "вещью в себе". Учреждения здравоохранения должны регулярно сообщать заинтересованным сторонам результаты изучения удовлетворенности потребителей, своевременно реагировать на их жалобы и предложения. Полученные данные должны приводить к реальным действиям по улучшению лечебно-диагностических и вспомогательных процессов, обеспечению более удобного режима работы и достижению иных желаемых результатов в плане лучшего удовлетворения запросов и ожиданий пациентов и других заинтересованных сторон.

Одним из принципов менеджмента качества является принятие решений, основанное на фактах. В соответствии с ним управленческие решения должны основываться на достоверных данных и объективном анализе информации. Данные об удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания играют исключительно важную роль в управлении здравоохранением, поэтому мы вправе ожидать от проводимых социологических опросов достоверности их результатов.

При проведении социологических исследований в здравоохранении необходимо использовать стандартные методики сбора, обработки и анализа данных. Это позволяет сравнивать показатели различных территорий и медицинских организаций. Однако часто наблюдается формальный подход к проведению опросов. Наибольшие проблемы возникают со сбором первичных данных. При организации опросов часто не соблюдаются требования анонимности, не объясняются цели

и задачи анкетирования, выбирается неудобное время и место проведения опроса, не объясняется порядок заполнения анкет и т.д. Не определяется репрезентативность выборки по половозрастному составу, причинам обращения в лечебное учреждение, нозологиям и т.д. В результате объективное сравнение территорий и учреждений здравоохранения по показателю удовлетворенности потребителей медицинскими услугами не представляется возможным.

В настоящее время при проведении анкетирования используются методические рекомендации "Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении ОМС", утвержденные приказом Федерального фонда ОМС от 29.05.09 № 118 (ред. от 26.04.12). Результаты опросов используются при заполнении таблицы № 7 "Удовлетворенность объемом, доступностью и качеством медицинской помощи по данным социологического опроса" формы отчетности "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС", утвержденной приказом Федерального фонда ОМС от 16.08.11 № 145.

Недавно на сайте Минздрава России были опубликованы результаты изучения удовлетворенности населения медицинской помощью в 2011—2012 гг. в разрезе субъектов РФ. Общее количество респондентов составило более 1,5 млн человек. Удовлетворенность оценивалась по таким показателям, как длительность ожидания в регистратуре, на прием к врачу, при записи на лабораторные и инструментальные исследования, недоступность некоторых врачей-специалистов, удовлетворенность работой врачей, уровень технического оснащения медицинских учреждений и длительность ожидания госпитализации.

Там же сообщается, что независимые опросы, проведенные страховыми медицинскими организациями в 3537 стационарах и в 6459 учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, показали, что за период реализации региональных программ модернизации здравоохранения значительно увеличилась удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью с 53% в 2011 г. до 72% к началу 2013 г.

Известно, что общественное мнение обладает инертностью, поэтому для столь значимого его изменения за короткий промежуток времени нужны серьезные изменения системы здравоохранения. Реализация региональных программ модернизации здравоохранения, несомненно, должна оказывать положительное влияние на удовлетворенность населения КМП, но вряд ли она может определить такую положительную динамику результатов анкетирования. Должно пройти время, чтобы люди оценили сделанное. Достоверность первичных социологических данных зависит от многих факторов: профессиональной подготовки организаторов и исполнителей социологического опроса, качества методологического обеспечения, включая подготовку программы исследования, определение репрезентативности выборки, разработку анкет и инструкций по их заполнению, обеспечение анонимности анкетирования и т.д. На достоверность данных может влиять и то, что удовлетворенность населения медицинским обслуживанием входит в систему показателей оценки деятельности региональных органов власти. Причем искажения результатов могут носить непреднамеренный характер.

Чемпионами по повышению показателей удовлетворенности населения медицинской помощью стали

Новгородская область (рост в 2,22 раза, прирост на 121,9%), Республика Саха (Якутия) (рост в 2,07 раза, прирост на 107,3%) и Вологодская область (рост в 1,93 раза, прирост на 92,7%). Мы не будем комментировать эти показатели, которые могут свидетельствовать или о серьезной работе по формированию положительного имиджа регионального здравоохранения в сознании людей, или об организационно-методических ошибках проведенного опроса.

Лучшие показатели удовлетворенности населения медицинской помощью в 2012 г. у Хабаровского края (96%) и Москвы (95%). Немного отстают со своими 94% Алтайский край, Приморский край и Новосибирская область. Другими словами, только каждый двадцатый респондент в этих регионах высказал неудовлетворение по поводу медицинского обслуживания.

Заполнение социологической анкеты является сложным когнитивным процессом, основанным на установочной системе респондента и одновременно влияющим на нее. На ответы существенное влияние оказывают различные ситуационные факторы, в том числе психологическое и физическое состояние опрашиваемого на момент опроса, а также формулировки вопросов, их последовательность в анкете, профессиональная подготовка и личность опрашивающего и т.д. Часто наблюдаются неосознанные ошибки восприятия и интерпретации информации при когнитивной перегрузке (голова занята другими мыслями, усталость, болезненное состояние, эмоциональная подавленность, депрессия, переживания за близких людей, нет времени и/или желания заполнять анкету, неудачное время дневного физиологического цикла и т.д.) и осознанная неправда (нежелание обидеть, желание быть благодарным, великодушным, боязнь критических замечаний и нежелательных последствий, нежелание испытывать негативные эмоции и т.д.). Все это следует учитывать при анализе полученных данных. Нельзя забывать, что в опросе участвует не "абстрактный респондент", а живой человек со своими жизненным опытом, эмоциями, проблемами, симпатиями и опасениями, собственным отношением к опросу и опрашивающему. Особого внимания требуют взаимоотношения респондента с интервьюером, его профессиональный уровень, определение места и времени опроса, соблюдение реальной анонимности. Следует отметить, что многие факторы, оказывающие влияние на результаты социологического исследования, трудно поддаются какой-либо унификации.

Таким образом, следует правильно относиться к результатам изучения удовлетворенности населения медицинской помощью в регионах и осторожно использовать их для сравнительной оценки состояния здравоохранения. Данные проведенного анкетирования должны быть подвергнуты системному анализу с целью дальнейшего совершенствования организации и технологии проведения социологических опросов в здравоохранении.

Одним из важнейших каналов социологической информации о качестве медицинского обслуживания являются обращения граждан, включающие жалобы и (или) предложения по совершенствованию деятельности системы здравоохранения. Жалобы являются общим показателем низкой удовлетворенности потребителей, однако их отсутствие не обязательно предполагает высокую удовлетворенность потребителей. Следует учитывать, что часто потребители не жалуются, они просто уходят неудовлетворенными или терпят,

если нужную им медицинскую помощь нельзя или затруднительно получить в другом месте.

Организация работы по рассмотрению обращений граждан является важнейшей функцией руководителей здравоохранения. Как уже отмечено, по своей природе управление не может существовать без обратной связи. Обращения граждан в органы управления здравоохранением и лечебно-профилактические учреждения необходимо рассматривать как значимый канал получения первичной информации от потребителей медицинских услуг и медработников. Жалобы и предложения позволяют своевременно выявлять и устранять недостатки медицинского обслуживания населения. Кроме того, работа с обращениями направлена на реализацию конституционного права граждан Российской Федерации обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления (статья 33 Конституции РФ).

Количество жалоб и их содержание, помимо результатов социологических опросов, являются одним из критериев удовлетворенности КМП. Анализ обращений относится к пассивным методам сбора информации и является важной частью системы мониторинга удовлетворенности потребителей медицинских услуг. Следует учитывать, что при общем повышении правовой грамотности населения жалобы могут легко превратиться в судебные иски против лечебных учреждений и медработников, а это уже реальные финансовые потери и негативный имидж здравоохранения в общественном мнении.

Россияне пока еще не привыкли обращаться в суды для защиты своих прав при низком качестве или отказе в оказании медицинской помощи, однако число судебных исков из года в год стремительно растет, что со временем может превратиться в серьезную проблему. Для ее решения необходим системный анализ жалоб, представляющий столь значимую информацию для руководителей здравоохранения. Кроме того, необходимо уже сейчас четко организовать работу с обращениями граждан в учреждениях здравоохранения, предотвращая повторные жалобы и судебные иски. Следует помнить, что даже необоснованные жалобы, оставленные без ответа или рассмотренные с нарушением установленного законодательством срока, могут стать причиной судебного разбирательства, а судебные издержки возложены судом на ответчика.

Другим важнейшим направлением использования социологических методов в управлении качеством является оценка действующей СМК на основе соответствующих вопросников в ходе внутренних и внешних аудитов, анализа и самооценки. Оценка руководителей и рядовых работников может дать общее представление о деятельности медицинской организации и уровне развития СМК, помочь определить области, нуждающиеся в улучшении, потенциальные возможности и приоритеты развития СМК. В ходе опроса обычно выясняют:

- а) выявлены и управляемы ли процессы;
- б) определено и управляемо ли взаимодействие процессов;
- в) распределена ли ответственность за процессы и их взаимодействие;
- г) внедрены и поддерживаются ли в рабочем состоянии документированные процедуры;
- д) обеспечивает ли процесс достижение требуемых результатов.

На основе полученных оценочных данных разрабатываются и осуществляются корректирующие действия по совершенствованию СМК. Целью постоянного улучшения СМК является повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи, удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон. Результаты мероприятий по улучшению также систематически анализируют с целью определения дальнейших возможностей совершенствования. Таким образом, улучшение является постоянным действием (процессом) на основе обратной связи с исполнителями, потребителями и другими заинтересованными сторонами.

Рекомендации и примерные вопросы по самооценке СМК представлены в Приложении А ГОСТа Р ИСО 9004—2001 "Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности".

Заключение

Пациентам и другим заинтересованным сторонам необходимы медицинские услуги, характеристики которых соответствуют их потребности и ожиданиям. Эти потребности и ожидания отражаются в медицинских стандартах, клинических протоколах, методических рекомендациях, порядках оказания медицинской помощи, других нормативно-правовых документах и договорах на оказание медпомощи. В любом случае приемлемость медицинских услуг должны устанавливать потребитель и заинтересованные стороны. Именно поэтому измерение удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон является важнейшей функцией менеджмента качества.

Учреждениям здравоохранения рекомендуется установить и использовать в процессе управления источники информации об удовлетворенности потребителей, а также сотрудничать со своими потребителями и заинтересованными сторонами с целью прогнозирования их будущих потребностей. Следует планировать и разрабатывать процессы результативного и эффективного учета мнения потребителей, для чего целесообразно разработать и внедрить документированную процедуру изучения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон, определить методы и частоту сбора данных, их анализа и использования в управлении. Мониторинг удовлетворенности потребителей должен обязательно сопровождаться анализом восприятия потребителями выполнения их требований и ожиданий.

В статье рассмотрены роль, место и организационно-методические проблемы социологических исследований в системе управления качеством медицинской помощи. В соответствии со стандартами системы менеджмента качества изучение удовлетворенности потребителей медицинских услуг должно приводить к реальным действиям по совершенствованию лечебно-диагностических и вспомогательных процессов, обеспечению более удобного режима работы и достижению иных желаемых результатов в плане лучшего удовлетворения запросов и ожиданий пациентов и других заинтересованных сторон.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, управление здравоохранением, социология медицины, социологические исследования в здравоохранении, удовлетворенность потребителей медицинских услуг, системы менеджмента качества в медицинских организациях

The sociological studies in the system of management of medical care quality

O.V. Karpova, M.A. Tatarnikov, Ye.B. Marotchkina

The I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia

The article considers the role, position and organizational methodological issues of sociological studies in the system of management of medical care quality. According to standards of the system of management of medical care quality the study of issues of satisfaction of consumers of medical services has to initiate real activities in the field of enhancement of curative diagnostic and auxiliary processes. The maintenance of more comfortable work conditions and achievement of another wishful results concerning satisfaction of demands and expectations of patients and other interested parties is also considered.

Key words: *quality, medical care, health management, sociology of medicine, health sociologic survey, satisfaction, consumer, medical service, system of management of medical care quality*

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 53092—2008. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения. М.; 2008.

2. ГОСТ Р ИСО 9000—2008. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. М.; 2008.
3. ГОСТ Р ИСО 9001—2008. Системы менеджмента качества. Требования. М.; 2008.
4. ГОСТ Р ИСО 9004—2001. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности. М.; 2001.
5. Решетников А.В. Основы построения медико-социологического мониторинга в системе обязательного медицинского страхования. Социология медицины. 2009; 1: 3—11.
6. Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования. Социология медицины. 2012; 1: 3—9.
7. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга. Социология медицины. 2011; 1: 3—14.
8. Татарников М.А. Обращения граждан как важнейший канал информации о качестве медицинского обслуживания. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2012; 8: 3—8.

Поступила 27.02.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 61:316.33:303.1

О.В. Илюхина, Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов

МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУКТУРИРОВАННЫХ ИНДИКАТОРОВ В МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России; 344022, Ростов-на-Дону, Россия

В настоящее время социология медицины (СМ) является одной из наиболее динамично развивающихся дисциплин медико-биологического научного кластера. Поступательное развитие указанной научной дисциплины обусловлено высокой потребностью современного российского общества в достоверной и как можно более полной информации о состоянии здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, а также об определяющих его факторах.

Многочисленные прикладные исследования способствуют накоплению богатого фактического материала. Возрастающий количественный компонент эмпирических данных обеспечивает переход на качественно новый уровень познания. Формируются фундаментальные основы СМ, научные школы, приоритетные направления, совершенствуется понятийный и инструментальный аппарат [1—4].

В связи с этим заслуживает пристального внимания векторный подход к построению индикаторных систем. Использование техники постадийного развертывания вопросов, отсеивания некомпетентных респондентов, прямого и дихотомического выявления общей направленности мнения, уточнения основания оценки или мнения и определения интенсивности мнения [5] позволяет осуществлять пространственное моделирование сложных медико-социальных явлений. Вместе с тем достаточно информативными являются и скалярные характеристики некоторых составных (структурированных) индикаторов.

Столь пристальный интерес к формированию индикаторных систем со стороны социологов медицины не случаен. Зондирование группового сознания альтернативными атрибутивными индикаторами, которые за-

трагивают вопросы наличия или отсутствия того или иного заболевания [6], коммуникативного канала или ценностной ориентации характеризуется высокой степенью достоверности полученной информации. Однако в научной литературе практически отсутствуют работы, авторы которых используют индикаторную интеграцию в качестве самостоятельного инструмента.

С целью изучения инструментальных возможностей применения структурированных индикаторов нами проведено социологическое исследование, в котором приняла участие 391 женщина репродуктивного возраста, проживающая в Ростове-на-Дону и Ростовской области.

Репрезентативность выборки обеспечивалась равной представительностью всех возрастных групп (от 15 до 49 лет), а также включением работниц умственного труда, представительниц рабочих специальностей, учащихся высших и средних учебных заведений и домохозяйек. В качестве основного индикатора была использована оценка респондентами своего репродуктивного здоровья. По указанному критерию было выделено 3 группы. К 1-й группе были отнесены респондентки, отрицающие наличие у них каких-либо гинекологических заболеваний. Численность этой группы составила 195 человек (49,9% выборки). Во 2-ю группу были включены женщины, указавшие на наличие у них одного гинекологического заболевания (150 человек, или 38,3% выборки). Остальные 46 респонденток (11,8% выборки) были включены в 3-ю группу. Эти респондентки указали на наличие у них двух и более заболеваний женской половой сферы. Средний возраст женщин в соответствии с увеличением номера группы составил 25,8±0,6, 33,2±0,7 и 31,4±0,9 года.

Методика исследования предполагала преобразование атрибутивных (альтернативных) на уровне единицы наблюдения признаков в интенсивные показатели на уровне группы. Наличие ценностной ориентации,

О.В. Илюхина — аспирант; *Ю.Г. Элланский* — д-р мед. наук, проф., зав. каф.; *И.Ю. Худоногов* — ассистент каф., канд. мед. наук, (fuxl@ua.ru)