

но-поликлинической службы, судебно-медицинская экспертиза, стоматологическая служба, фармацевтическая отрасль и сегмент медицинской науки, связанный с клиническими испытаниями.

Было установлено, что в области судебно-медицинской экспертизы типичным является конфликт, когда заключения судмедэкспертизы противоречат клиническому диагнозу, поставленному в лечебно-профилактическом учреждении; 80% экспертов подтверждают, что иногда их заключения противоречат клиническим диагнозам лечебно-профилактических учреждений. При этом 50% утверждают, что судебно-медицинский эксперт ошибается редко. Следовательно, при расхождении клинического и судебно-медицинского диагноза в основном выявляются ошибки лечащих врачей, что может приводить к спорам и конфликту сторон.

Что касается сферы стоматологической практики, то она интересовала нас, поскольку контент-анализ жалоб, поступающих в департаменты здравоохранения города Волгограда и области, а также в суды, показал явное преобладание у пациентов недовольства работой именно этой отрасли. Анализ жалоб выявил наиболее значимые причины возникновения конфликтных ситуаций на приеме у врача-стоматолога и показал недостаточный уровень конфликтологических знаний у практикующих врачей, что приводит к неконструктивному разрешению конфликтных ситуаций. Инвариантом разрешения конфликта в стоматологии является, как правило, вмешательство вышестоящей инстанции.

Мы не могли обойти вниманием конфликтотенные ситуации в фармацевтической отрасли, поскольку здесь все они так или иначе выходят на институциональный уровень — уровень взаимоотношения медицинского сообщества и фармацевтического бизнеса, но рассматривали их в контексте ролевого конфликта. Исследование выявило в качестве ведущего конфликт социальных ролей продавца лекарств и консультанта. Отсюда наибольшее число конфликтов у провизоров именно с покупателями.

Наше исследование позволило выделить также четыре группы проблем в фармакологической науке: приоритеты научных разработок, проведение биомедицинских исследований и клинических испытаний, конфликт на рынке лекарств и медицинских технологий и статус субъектов этического регулирования в современной медицинской науке. Мы выяснили, что основная причина конфликтов — это нарушение правил проведения клинических испытаний. Следовательно, укрепление законодательной и этической базы здесь — необходимое условие предотвращения или урегулирования конфликтов [2].

Таким образом, сформулировав основные концептуальные положения медицинской конфликтологии, мы

пришли к выводу, что она может и должна существовать именно как составная часть социологии медицины, развиваясь в двух направлениях:

исследование интраперсональных конфликтов (непосредственно в лечебных учреждениях);

исследование институциональных конфликтов, возникающих во взаимоотношении медицины и других социальных институтов (массовой информации, правоохранительной системы, образования, семьи и т. д.).

Причем, если сейчас уже имеются данные о способах разрешения конфликтов, распространенных в лечебных учреждениях, и сформированы представления о социальной конфигурации конфликтотенной среды, в которой живут и трудятся медицинские работники, то серьезные исследования межинституциональных конфликтов еще предстоит проводить.

Сформулированы основные концептуальные положения медицинской конфликтологии, сделан вывод о том, что она существует как составная часть социологии медицины, развиваясь в двух направлениях: исследование интраперсональных конфликтов (непосредственно в лечебных учреждениях) и исследование институциональных конфликтов, возникающих во взаимоотношении медицины и других социальных институтов — массовой информации, правоохранительной системы, образования, семьи и т. д.

Ключевые слова: социология медицины, конфликтология, лечебное учреждение, медицинский коллектив, интерперсональные взаимодействия, институциональные взаимодействия

The main directions of modern studies in medical conflictology

M.Ye. Voltchanskiy, T.K. Fomina

The Volgograd state medical university of Minzdrav of Russia, Volgograd

This article presents the formulated main conceptual approaches in medical conflictology. The conclusion is made that medical conflictology exists as a basic part of sociology of medicine. This discipline develops in two directions: study of intrapersonal conflicts (directly in medical institutions) and study of institutional conflicts (in relationship between medicine and other social institutes such as mass media, legislative system, education, family, etc.).

Key words: sociology of medicine, conflictology, medical institution, medical staff, interpersonal interaction, institutional interaction.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
2. Седова Н. Н. // Биозтика. — 2009. — № 1. — С. 46.

Поступила 04.10.12

© О. Ю. АЛЕКСАНДРОВА, Т. В. РАМНЕНОК, 2012

УДК 614.2:618.1-082-058

О. Ю. Александрова, Т. В. Рамненко

АНАЛИЗ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОК И ВРАЧЕЙ О ПРИЧИНАХ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Результаты медико-социологического мониторинга позволяют выделить наиболее приемлемые формы преобразования в системе здравоохранения, а также получить легитимное одобрение гражданами мероприятий по реформированию социальной сферы. Даже относительно простые медико-социологические методы, не говоря уже о более

сложных — математическом моделировании и прогнозировании, позволяют выявить нетривиальные факты и зависимости, касающиеся состояния и динамики здоровья населения, оценить степень социально-экономического уровня развития организации здравоохранения территории, получить разного рода прогнозные оценки и в конечном счете разработать систему эффективных управленческих действий [3].

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

О. Ю. Александрова — д-р мед. наук, проф. каф. (aoul17@mail.ru); *Т. В. Рамненко* — соискатель (8-499-766-83-46).

нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи наиболее высоки при оказании скорой помощи и медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационара (нормативы финансовых затрат составляют: на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи — 1710,1 руб.; на 1 койко-день в больничных учреждениях — 1380,6 руб.; на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений — 218,1 руб. [2]). Таким образом, экстренная медицинская помощь при оказании скорой помощи и в условиях "скоромощного" стационара является наиболее затратной для здравоохранения страны. Однако оптимизация деятельности медицинских организаций, оказывающих экстренную медицинскую помощь, требует анализа не только с позиции экономических затрат, но прежде всего с позиции эффективности устранения угрозы жизни и здоровью пациента. Угрожающие жизни и здоровью состояния являются частым осложнением гинекологических заболеваний женщин. Возникновению состояний, угрожающих жизни, способствует множество факторов: неправильно поставленный диагноз вследствие недостаточности оснащения медицинских организаций или недостаточной квалификации медицинского персонала; отсутствие профилактической направленности в деятельности медицинских организаций, осуществляющих наблюдение за женщинами; низкий уровень медицинской активности населения (в части как своевременности обращения к врачу в целях ранней диагностики, так и своевременного лечения имеющихся заболеваний). Существенное место среди причин возникновения осложнений, требующих экстренной медицинской помощи, занимает и отсутствие должной преемственности в работе медицинской организации, оказывающей экстренную помощь больным с гинекологическими заболеваниями в стационарных условиях, медицинских организаций, осуществляющих наблюдение и лечение данных пациентов в амбулаторных условиях.

Выявление причин, приводящих к госпитализации пациентов по экстренным показаниям, и научный анализ этих причин необходимы в целях оптимизации деятельности медицинских организаций, оказывающих экстренную медицинскую помощь.

Мы изучили мнение пациенток, получивших экстренную медицинскую помощь по поводу гинекологического заболевания, и мнение врачей-гинекологов амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых наблюдаются пациентки, о причинах экстренной госпитализации данных пациенток вместо планового наблюдения и лечения. Опрос проводился по специально разработанным анкетам.

Для изучения мнения пациенток и врачей-гинекологов по вышеуказанным вопросам методом моментного среза были сформированы случайные репрезентативные выборки [1].

В качестве респондентов были выбраны пациентки, поступившие в гинекологическое отделение городской больницы № 52 Москвы по экстренным показаниям в 2009-2011 гг. Опрошено 444 респондента-пациента.

Также проведен опрос врачей-гинекологов амбулаторно-поликлинических организаций, в которых наблюдаются женщины с гинекологическими заболеваниями, с целью изучения мнения врачей-гинекологов о причинах экстренной госпитализации женщин в стационар вместо планового наблюдения и лечения. Опрошено 396 респондентов — врачей гинекологов.

Пациенткам, госпитализированным по экстренным показаниям в гинекологическое отделение стационара, в 74% случаев проводится оперативное лечение. В случае наблюдения по поводу гинекологического заболевания, приведшего к экстренному хирургическому вмешательству, в медицинской организации в амбулаторно-поликлинических условиях (женской консультации, поликлинике по территориальному принципу, частной медицинской

организации и т.д.) данные больные должны были быть направлены на плановое хирургическое или консервативное лечение. Однако из-за отсутствия адекватного наблюдения и лечения пациентки попадают в гинекологическое отделение стационара для проведения экстренного хирургического вмешательства.

В стационар по скорой помощи поступили 236 (53%) пациенток.

Длительность заболевания, приведшего к госпитализации, составила до 1 года у 251 (56%) пациенток, 2 — 3 года — у 81 (18%), 4 — 5 лет — у 24 (5%), 5 — 10 лет — у 56 (13%), более 10 лет — у 32 (7%) пациенток, т.е. у 74% пациенток заболевание длилось до 3 лет.

Анализ причин, из-за которых пациентки были госпитализированы по экстренным показаниям в стационар вместо планового лечения, показал, что 51 из 100 опрошенных считает, что запустили себя сами, не обращаясь за медицинской помощью; 34,5 из 100 опрошенных считают, что их запустили врачи, несмотря на то что они обращались за медицинской помощью.

Из 100 опрошенных 14 отметили, что им говорили о необходимости планового оперативного лечения, но не предупреждали о возможных осложнениях и последствиях, которые могут возникнуть при отказе от своевременного наблюдения, обследования и лечения. Данная группа пациенток явно была недостаточно информирована со стороны врачей о заболевании и прогнозе.

До госпитализации 289 (65%) пациенток наблюдались по поводу гинекологических заболеваний официально в государственных учреждениях здравоохранения (женских консультациях, поликлиниках), к которым были прикреплены для наблюдения по территориальному принципу, 4 (1%) — у знакомого врача, работающего в государственных учреждениях здравоохранения, 79 (18%) — в частных медицинских центрах, 72 (16%) пациентки нигде не наблюдались по поводу имеющегося у них гинекологического заболевания. Основными причинами, объясняющими, почему они не наблюдались у гинеколога, пациентки назвали отсутствие времени (24 (33)), отсутствие привычки заниматься своим здоровьем (15 (21%)) и желание лечиться самостоятельно без обращения к врачам (10 (14%)).

Большинство опрошенных пациенток посещают гинеколога 1 раз в полгода — год (36 и 33% соответственно), 1 раз в 3 — 4 года посещали врача 72 (16%) пациентки, 1 раз в 2 — 3 года 36 (8%), 1 раз в 5 лет 24 (5%), вообще не посещали врача 8 (2%) пациенток. Таким образом, 93% пациенток из госпитализированных по экстренным показаниям в гинекологическое отделение стационара наблюдались у гинеколога в течение последних 4 лет. Полученные данные исключают версию, заключающуюся в том, что причина экстренных госпитализаций пациенток вместо планового наблюдения и лечения кроется исключительно в отсутствии желания наблюдаться и лечиться со стороны пациенток.

После выписки из стационара предполагают наблюдаться в государственном учреждении здравоохранения 12 (70%) пациенток, в частной медицинской организации 38 (9%) пациенток, у знакомого врача 79 (18%). По-прежнему не собираются после выписки из стационара наблюдаться у гинеколога 15 (3%) пациенток (пациенток, которые до госпитализации нигде не наблюдались по поводу гинекологических заболеваний, в исследуемой группе было 72 (16%)). Основными причинами этого они указали нехватку средств для наблюдения в частном медицинском центре (не доверяют государственным медицинским учреждениям), а также отсутствие времени и привычки заниматься своим здоровьем.

Таким образом, после проведенного в стационаре экстренного медицинского вмешательства большинство пациенток предполагает лечиться и наблюдаться у гинеколога в амбулаторных условиях.

Результаты исследования (70% пациенток предполагают после выписки из стационара наблюдаться в государственном учреждении здравоохранения) также свидетельствуют о том, что несмотря на недостаточность медицинской помощи в связи с имеющимся гинекологическим заболеванием, приведшую к медицинскому вмешательству по экстренным показаниям, большинство пациенток доверяют государственным учреждениям здравоохранения.

Среди причин выбора для наблюдения государственных учреждений здравоохранения 31,5% опрошенных назвали приближенность к дому, 26% — доступность госпитализации при необходимости, 4,2% — хорошее материально-техническое оснащение медицинской организации. Среди причин выбора для наблюдения частной медицинской организации большинство опрошенных пациенток указали доброе отношение к пациентке, хорошее материально-техническое оснащение медицинской организации и возможность обследоваться "за один день" быстро и качественно. Основной причиной выбора для наблюдения врача, работающего в государственном учреждении здравоохранения, явился, по мнению респондентов, его высокий профессиональный уровень.

На вопрос "чего, на ваш взгляд, не хватает в медицинской организации для более качественного оказания медицинской помощи", чаще всего получали ответ: исчерпывающей информации о возможностях, правилах получения медицинской помощи.

Таким образом, результаты опроса свидетельствовали о низком уровне информированности пациенток, получивших медицинскую помощь по экстренным показаниям в гинекологическом отделении стационара, как о рисках имеющегося у них заболевания, так и о возможностях, правилах оказания медицинской помощи. Так как большинство пациенток до госпитализации по экстренным показаниям наблюдались в различных амбулаторно-поликлинических медицинских организациях (женских консультациях, поликлиниках по территориальному принципу, частных медицинских организациях), необходимо в этих организациях повысить требования к врачебному персоналу по предоставлению пациенткам информации о состоянии их здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе (в соответствии с требованиями статей 19 и 22 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

Мы также изучили мнение врачей-гинекологов амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых наблюдаются пациентки с гинекологическими заболеваниями, о причинах экстренной госпитализации данных пациенток в стационар вместо планового наблюдения и лечения.

Было опрошено 396 респондентов, 89% из них работают в государственных учреждениях здравоохранения, 11% — в частных медицинских организациях.

Информацию о случаях экстренной госпитализации наблюдавшихся у них пациенток 33% врачей получают всегда, 42% врачей получают, но не всегда, 25% получают информацию такого рода редко или не получают ее вообще. Если врачи получают информацию об экстренной госпитализации наблюдающихся у них пациенток, 61% врачей узнают об этом от самих пациенток, которые приходят к ним на прием после выписки из стационара. Среди опрошенных врачей 86% считают необходимым создать механизм передачи из стационара данных об экстренной госпитализации пациенток, которых они постоянно наблюдают.

Относительно причин госпитализации пациенток по экстренным показаниям в стационар вместо планового наблюдения и лечения врачи солидарны: больные не обращаются за помощью и как следствие запускают себя (считают 64,5 из 100 опрошенных врачей); игнорируют необходимость планового оперативного лечения, отказываются по различным причинам (50 из 100); не оценивают риски и возможные последствия своего заболевания (47 из 100).

По мнению врачей, пациентки не наблюдаются по поводу гинекологических заболеваний, в связи с отсутствием привычки заниматься своим здоровьем (считают 53 из 100 опрошенных). Также наиболее значимыми причинами, по мнению врачей, могут быть предпочтение самолечения (40 из 100), дефицит времени (30 из 100), отсутствие доверия к специалистам женской консультации (19 из 100 опрошенных).

Главной причиной отказа пациенток от операций в плановом порядке большинство врачей считают страх (отметили 61 из 100 опрошенных врачей). Из 100 опрошенных врачей 44,5 сообщили, что пациентки не оценивают риски и последствия своего заболевания. Часть пациенток предпочитает лечиться без операции (отметили как причину 39 из 100 опрошенных врачей). Из 100 опрошенных 28 видят причину в отсутствии привычки у пациенток заниматься своим здоровьем, 16,5 считают, что пациентки уверены в обязательности коррупционной составляющей в процессе лечения, которое не обойдется им бесплатно даже в государственной больнице.

Среди опрошенных врачей 87% считают, что пациенток с гинекологическими заболеваниями в ранних стадиях, которым требуется оперативное лечение, предпочтительнее оперировать эндоскопическим способом. Преимущества этого способа должны повлиять на количество отказов от операций. Но для этого требуется соответствующее оборудование для диагностики заболеваний на ранних этапах и высокая квалификация персонала амбулаторных медицинских организаций.

Лишь 13% опрошенных врачей считают достаточными материально-технические и кадровые возможности своих медицинских организаций, 33% врачей недовольны материально-техническим обеспечением и 40% отметили недостаточность и материально-технических возможностей, и кадров амбулаторно-поликлинических учреждений.

По мнению 1% опрошенных врачей, всю необходимую квалифицированную медицинскую помощь по поводу гинекологического заболевания пациентки могут получить на амбулаторном уровне без поступления в стационар.

Опрошенные единогласно исключают возможность получения всей необходимой квалифицированной медицинской помощи по поводу гинекологического заболевания в частной медицинской организации.

Однако необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до госпитализации пациентки, которым требуется оперативное лечение, получить могут (это отметили 25% опрошенных врачей); 56% врачей считают, что могут, но не всегда; 19% врачей сообщили, что подобные исследования пациентки получить не могут.

Отвечая на вопрос "что, на ваш взгляд, необходимо организовать для улучшения преемственности амбулаторного звена и стационара при оказании медицинской помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями", врачи прежде всего отметили необходимость организации консультативного отделения в стационаре для пациенток, которым требуется оперативное или консервативное стационарное лечение (72 из 100 опрошенных).

Таким образом, проведенное исследование показало, что основной причиной госпитализации по экстренным показаниям вместо планового наблюдения и лечения пациентки считают собственное отношение к своему здоровью и недостаточную информированность их со стороны врачей о рисках гинекологических заболеваний. Врачи в качестве основной проблемы указали отсутствие возможности консультировать пациенток с гинекологическими заболеваниями, которым требуется оперативное или консервативное лечение, в стационаре.

В статье представлены результаты изучения мнения пациенток, получивших экстренную медицинскую помощь по поводу гинекологического заболевания в стационаре, и мнения вра-

чей-гинекологов амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых наблюдаются пациентки, о причинах экстренной госпитализации данных пациенток вместо планового наблюдения и лечения. Исследование показало, что основной причиной госпитализации по экстренным показаниям вместо планового наблюдения и лечения пациентки считают собственное отношение к своему здоровью и недостаточную информированность их со стороны врачей о рисках гинекологических заболеваний. Со стороны врачей в качестве основной проблемы указано отсутствие возможности консультировать пациенток с гинекологическими заболеваниями, которым требуется оперативное или консервативное лечение, в стационаре.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, мнение пациентов, мнение врачей

The analysis of opinions of female patients and physicians about causes of emergency hospitalization in gynecological department of hospital

O.Yu. Aleksandrova, T.V. Ramnyonok

The I.M. Sechenov first Moscow medical university, Moscow

The article presents the results of studying the opinion of female patients received emergency medical care because of acute gynecological conditions in hospital. The opinion of gynecologists

of ambulatory polyclinic institutions where the mentioned female patients are observed was surveyed too concerning the causes of emergency hospitalization of these patients instead of planning observation and treatment. The survey demonstrated that the female patients consider their attitude to one's own health and inadequate information from their physicians about the risks of development of gynecologic diseases as main causes of their hospitalization due to emergency indications instead of planned observation and treatment. For their part, the gynecologists indicated as the major cause of emergency hospitalization the lacking of possibility for counseling female patients with gynecologic diseases in need of surgery on conservative treatment in hospital.

Key words: emergency medical care, opinions of patients, opinions of physicians

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов А. Н. Медицинская статистика: Учеб. пособие. — М., 2007.
2. Постановление Правительства РФ от 21 окт. 2011 г. № 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи". — М., 2011.
3. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.

Поступила 18.09.12

© А. В. ГУЩИН, А. А. КОНДРАШОВ, 2012

УДК 614.25:316.35

А. В. Гуцин, А. А. Кондрашов

ПОКОЛЕНЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В СРЕДЕ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

В рамках предметного поля социологии методологически неверной является прямая экстраполяция биологического понятия о поколениях и использование представления о цепи сменяющих друг друга и отличных друг от друга поколений, ограниченных некоторыми временными рамками. Подобная концепция в исторической науке натолкнулась на сокрушительную критику [3, 4]. Та же критика может быть применена и к концепции "цепи поколений" в социологии, что определяет непродуктивность ее использования на практике.

В социологической исследовательской парадигме целесообразно признание практически применимой концепции, предполагающей существование только одного поколения — поколения перемены. Этим термином можно обозначать ту возрастную социальную группу, воспитание и формирование личности представителей которой происходило в условиях воздействия какого-либо социального, исторического или культурного явления, представляющего интерес для исследователя. Таким образом, поколение перемены всегда будет отличать максимум адаптации к интересующему исследователя явлению. Исходя из представленного определения, можно сказать, что перемена порождает свое поколение и отражается в той или иной мере на других возрастных стратах общества.

Для целей и задач конкретного исследования поколение перемены может быть разбито на такие поколенческие блоки, количественный и качественный состав которых был бы доступен для социологического исследования.

Описанный выше подход представляется универсальным. Применительно к настоящему исследованию можно указать, что такое значимое историческое событие, как распад СССР и сопутствующие ему масштабные соци-

альные перемены в нашей стране породили "поколение распада" — группу лиц, рожденных в период 70 — 80-х годов XX века. Эти же события не могли не отразиться самым существенным образом на представителях других возрастных страт общества, однако не влияли на личностное формирование представителей этих страт. Для социологии медицины представляет несомненный интерес комплексное исследование особенностей такого социального блока данного поколения, как медицинские работники, и сравнение его с социальной группой медработников, принадлежащих к иным возрастным стратам.

Период наблюдения — 2009 — 2010 гг. В рамках настоящего исследования была выделена группа респондентов — представителей исследуемого поколения перемены (ИПГ). Ее составили врачи в возрасте 26 — 39 лет ($n = 438$). В исследовании были выделены референтные группы (РГ), в одну из которых — младшую поколенческую группу (РГ1), вошли студенты старших курсов медицинского вуза и молодые врачи в возрасте до 26 лет ($n = 172$). В другую врачебную РГ — старшую поколенческую группу (РГ2), вошли практикующие врачи в возрасте старше 39 лет ($n = 394$).

Кроме того, для субъективной оценки качества оказания медицинских услуг была опрошена группа больных ($n = 289$), получивших лечение в стационарах и в поликлиниках Волгограда.

В соответствии с целью и задачами исследования была разработана оригинальная версия комплексного модульного опросника для врачей. Методической основой для разработки собственной версии такого инструмента послужила предложенная и успешно апробированная ранее представителями волгоградской школы социологии медицины версия модульного опросника для врачей [1]. Опросник содержал в себе следующие модули: "психологическое благополучие", "условия окружающей среды", "профессиональный

А. А. Гуцин — канд. мед. наук, докторант (avg@volgograd.ru); *А. А. Кондрашов* — аспирант (karta007@rambler.ru).