

Министерство
образования и науки
Российской Федерации

ГБОУВПО Первый
Московский
государственный
медицинский
университет
им. И. М. Сеченова
Росздрава

ОАО «Издательство
"МЕДИЦИНА"»



МОСКВА

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

выходит один раз в полугодие

ОСНОВАН В 2002 г.

2(19)
2011

**Главный редактор — акад. РАМН, доктор мед. наук,
доктор социол. наук, проф. А. В. Решетников**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. И. Антонов — доктор филос. наук, проф., Г. Н. Голухов —
член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф.,
С. А. Ефименко — доктор социол. наук, проф. (зам.
главного редактора), Н. Н. Богачанская (ответственный
секретарь), И. В. Журавлева — доктор социол. наук,
проф., В. А. Мансуров — доктор филос. наук, проф.,
Н. Н. Седова — доктор филос. наук, доктор юридич. наук,
проф., В. Ю. Семенов — доктор мед. наук, проф.,
В. И. Стародубов — акад. РАМН, доктор мед. наук,
проф., В. И. Шамшурин — доктор социол. наук,
канд. филос. наук, проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Л. М. Дробижева — доктор ист. наук, проф.,
Ю. П. Лисицын — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф.,
М. А. Пальцев — акад. РАН, РАМН, доктор мед. наук,
проф., В. И. Петров — акад. РАМН, доктор мед. наук,
проф., Ж. Т. Тощенко — член-корр. РАН,
доктор филос. наук, проф.

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и методология

- Решетников А. В.* Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть IV) 3
- Изуткин Д. А.* Анализ подходов к понятию "здоровье" в зарубежной социологии 10

Социология медицинской профессии

- Шурупова Р. В.* Формирование социальной роли врача-педагога в системе непрерывного послепломного образования (на материалах эмпирического исследования 2006—2010 гг.) 14
- Бравве Ю. И., Федорова Т. К., Песков С. А., Величкина Н. Н., Масленников А. Б.* Основные направления деятельности Государственного Новосибирского областного клинического диагностического центра в контексте модернизации здравоохранения 22
- Блюдников С. А., Михальченко Д. В.* Воспроизводство научных кадров медицины в условиях высшей школы (по результатам медико-социологического анализа) 29
- Сапёров В. Н.* Деонтологические аспекты отношения врача к обществу 31
- Сорокин Д. В.* Самооценка квалификации преподавателями системы дополнительного профессионального образования врачей-стоматологов 34

Медико-социологические исследования

- Решетников А. В., Хаитов Р. М., Ефименко С. А., Гудима Г. О., Сидорович И. Г., Карамов Э. В., Богачанская Н. Н., Павлов С. В.* Медико-социологическое исследование готовности населения Российской Федерации к вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа 37
- Бабинцев В. П., Реутова М. Н.* Организация мониторинга демографической ситуации в регионе 40

Социология пациента

- Мордык А. В., Пузырева Л. В., Подкопаева Т. Г.* Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению 44
- Абриталин Е. Ю., Федоров Н. В.* Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессиями 47
- Селихова М. С., Григорян В. А.* Репродуктивный потенциал и контрацептивное поведение женщин после оперативного родоразрешения 52

Социология здоровья

- Иванова Л. Ю.* Интерес студентов к проблематике здорового образа жизни 54
- Кузьмин С. А.* Анализ организации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе 57

Качество жизни

- Дьякович М. П., Казакова П. В., Соловьева И. Ю.* Исследование качества жизни больных с токсической (ртутной) энцефалопатией профессионального генеза 60
- Указатель статей, опубликованных в журнале "Социология медицины" в 2011 г. 63

CONTENTS

Theory and methodology

- Reshetnikov A. V.* The technology of sociologic study as a methodological basis of medical sociologic monitoring 3
- Izutkin D. A.* The analysis of approaches to the notion "health" in foreign sociology 10

Sociology of medical profession

- Shurupova R. V.* The formation of social role of physician-pedagogue in the system of continuous postgraduate training based on the materials of the empirical study 2006-2010 14
- Bravve Yu. I., Fedorova T.K., Peskov S.A., Velitchkina N. N., Maslennikov A. B.* The main directions of functioning of the State regional clinical diagnostic center of Novosibirsk in the context of public health modernization 22
- Bludnikov S. A., Mikhaltchenko D.V.* The reproduction of medical scientific manpower in the conditions of higher school 29
- Saperov V. N.* The deontological aspects of physician's attitude to society 31
- Sorokin D. V.* The qualification self-assessment of tutors in the system of secondary professional training of stomatologists 34

Medical sociological research

- Reshetnikov A. V., Khaitov R. M., Efimenko S. A., Gudima G. O., Sidorovitch I. G., Karamov E. V., Bogatchanskaya N. N., Pavlov S. V.* The medical sociological study of readiness of population of the Russian Federation to the re-vaccination against AIDS/HIV infection 37
- Babintsev V. P., Reutova M. N.* The organization of monitoring of demographic situation In the region 40

Sociology of patient

- Mordyk A. V., Puzyryeva L. V., Podkopayeva T. G.* The social status of patients of tuberculosis dispensary and its impact on attitude to treatment 44
- Abritalin E. Yu., Fedorov N. V.* The social functioning of patients with pharmacoresistant depressions 47
- Selikhova M. S., Grogiryan V. A.* The reproductive potential and contraceptive behavior of women after operative delivery 52

Sociology of health

- Ivanova L. Yu.* The interest of students to the healthy life-style issues 54
- Kuzmin S. A.* The analysis of organization of medical support of citizen training to military service 57

Quality of life

- Dyakovitch M. P., Kazakova P. V., Solovieva I. Yu.* The study of life quality of patients with toxic (mercurial) encephalopathy of professional genesis 60
- Index of articles published in the Journal "Sociology of medicine" in 2011 63

Почтовый адрес:

115088, Москва, ул. Новоостاپовская, д. 5, стр. 14

Телефон 8-903-671-67-12

Зав. редакцией Щеглова Татьяна Даниловна

Публикуемые материалы отражают точку зрения авторов,
которая может не совпадать с мнением редколлегии журнала.
Рукописи не возвращаются.

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2011

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

© А. В. РЕШЕТНИКОВ, 2011
УДК 614.2:616-058]:303.82

А. В. Решетников

ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАК МЕТОДИЧЕСКАЯ ОСНОВА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА (ЧАСТЬ IV)*

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, Москва

7. Методы анализа медико-социологической информации

Последовательность действий при анализе данных. Анализ собранной информации — самый важный этап исследования. Проверяется, насколько верны были исходные предположения, получаемые ответы на заданные вопросы, и выявляются новые проблемы.

В зависимости от программных целей исследования анализ полученных данных может быть более или менее глубоким и основательным.

Цель исследования определяет уровень анализа в том смысле, что либо позволяет, либо запрещает прекратить его на какой-то стадии. В полном же объеме, т. е. от первого до последнего шага, последовательность действий социолога при анализе эмпирических данных может быть представлена следующим образом.

Первая стадия — описание всей совокупности данных в их простейшей форме. Предварительно осуществляется общий контроль качества полученной информации: выявляются ошибки и пропуски, допущенные при сборе данных и при вводе их в компьютер для обработки, бракуются какие-то единицы выборочной совокупности, не отвечающие модели выборки (коррекции выборки), отсеиваются некомпетентные респонденты (данные изымаются полностью или частично), производятся другие контрольные действия, называемые чистой массива.

Далее следует собственно описание: используется аппарат дескриптивной статистики для упорядочения всех данных по отдельным признакам (переменным). Изучаются простые распределения, выявляются аномалии и скосенности, рассчитываются показатели средней тенденции, вариации распределений.

Все это необходимо для решения двух задач:

- для общей оценки выборочной совокупности и частных подвыборок (половозрастных, социально-профессиональных и др.) с тем, чтобы понять, каким образом особенности выборок скажутся на интерпретации того или иного частного вывода и обобщающих заключений;
- для того, чтобы в последующих операциях с данными не утратить представления о составляющих более сложных зависимостей и комбинаций, которыми впоследствии будут оперировать.

Вторая стадия — уплотнение исходной информации, т. е. укрупнение шкал, формирование агрегированных признаков-индексов, выявление типических групп, жестких подвыборок общего массива и т. д.

Формирование сводных, агрегатных признаков освобождает от необходимости утомительно интерпретировать малозначительные частности, повышает уровень обобщений, ведет к более емким теоретическим умозаключениям. Если задача состоит в обнаружении социальной закономерности при повторном сравнительном исследовании, то важно обобщить информацию по более емким структурам, например по всем факторам условий и всем составляющим содержания труда.

На этой стадии, в развитии которой осуществляется переход к анализу взаимосвязей, будут использоваться довольно сильные операции — факторный анализ, типологизация и подобные им.

Важно дать необходимые промежуточные истолкования каждого из агрегируемых показателей, поскольку это — новые свойства, нуждающиеся в осмыслении, построении соответствующих интерпретационных схем.

Третья стадия анализа — это углубление интерпретации и переход к объяснению фактов путем выявления возможных прямых и косвенных влияний на агрегированные свойства, социальные типы, устойчивые образования. Главная опасность — подмена косвенных, опосредованных связей прямыми. Такая ошибка — самая распространенная и менее всего заметна со стороны. На этой, самой ответственной стадии должны быть сформулированы основные выводы, проверены главные гипотезы, необходимые и для теоретического осмысления проблемы, и для разработки практических рекомендаций.

Четвертая стадия, заключительная, — попытка прогноза развития изучаемого процесса, событий, явлений при определенных условиях. Лучшим образом решению этой задачи отвечает повторное обследование. При невозможности осуществить повторные исследования на базе разового используют модели мысленного экспериментирования, регрессионные, детерминационные, стохастические и др.

Общая возможная логика анализа эмпирических данных представлена в табл. 1.

В каждом из нюансов интерпретации и в итоговых объяснениях данных проявляется целостная личность исследователя. Он выступает не в роли узкого профессионала, "функционирующей ЭВМ", а как теоретик и практик, как ученый и гражданин, общекультурный кругозор которого сочетается с богатством ассоциаций и активной гражданской позицией.

А. В. Решетников — акад. РАМН, д-р мед. наук, д-р социол. наук, проф., дир. НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования (socmed-1mgmu@mail.ru).

*Части I—III статьи опубликованы в № 1 и № 2 2010 г., в № 1 2011 г.

Последовательность стадий анализа данных

Стадия анализа данных	Исследовательские задачи указанной стадии анализа	Основные приемы анализа
I	Выявление аномалий, ошибок и пропусков в исходных данных, коррекция выборки, описание	Качественное осмысление сгруппированных данных; использование приемов описательной статистики; расчеты средних тенденций, вариаций, асимметрии
II—III	Уплотнение исходной информации и ее описание в зарегистрированных показателях с тем, чтобы избавиться от излишней детализации, избежать ошибок последующего анализа вследствие "провалов" в исходных распределениях, повысить уровень обобщения	Приемы укрупнения исходных шкал, логические комбинации частных признаков, построение индексов, эмпирическая и теоретическая типологизация, факторный анализ
II—III	Выявление прямых и косвенных связей, интерпретация и объяснение основных зависимостей и свойств изучаемых явлений, проверка главных и второстепенных гипотез исследования	Построение двухмерных, многомерных таблиц, расчет корреляции, регрессий, энтропии и ассоциации распределений, использование корреляционных графов детерминационных моделей
IV	Прогноз изучаемых процессов и явлений на основе объяснительных гипотез	Приемы мысленного и, если возможно, натурального экспериментирования, повторные и сравнительные исследования, контрольные опросы экспертов для проверки итоговых выводов, моделирование динамических процессов

Группировка и эмпирическая типология данных медико-социологического мониторинга. Группировка и классификация — элементарные процедуры упорядочения данных, предвещающие их анализ.

Простая группировка — это классификация или упорядочение данных по одному признаку. Связывание фактов осуществляется здесь в соответствии с описательной гипотезой относительно ведущего признака группировки (или признака классификации). Так, в зависимости от гипотез можно сгруппировать выборочную совокупность по возрасту, полу, роду занятий, образованию, по высказанным суждениям и т. д.

Квантифицированные данные или количественные показатели группируются в ранжированные ряды по возрастанию (убыванию) признака, качественные, или атрибутивные, группируются по принципу построения неупорядоченных номинальных шкал.

Все операции анализа основываются на изучении сгруппированных данных.

Число членов группы называют частотой или численностью группы, а отношение данной численности к общему числу наблюдений — долей или относительной частотой. Статистические приемы поиска средней тенденции (мода, медиана, среднеарифметическая), подсчет дисперсии отклонения позволяют оценить сгруппированный ряд в емком показателе и отобразить результаты графически. Простейший анализ группировки — исчисление частот по процентам.

Перекрестная группировка (или перекрестная классификация) — это связывание данных, предварительно упорядоченных по двум признакам (свойствам, показателям) с целью обнаружить какие-то взаимозависимости, осуществить взаимоконтроль показателей, сформировать новый составной показатель (индекс) на основе совмещения двух свойств или состояний объекта, определить направление связей влияния одного явления (характеристики, свойства) на другое.

Перекрестная классификация (группировка) производится в таблицах, где указываются наименование таблицы (какие признаки, свойства сопрягаются) и общая численность включенных в группировку объектов.

Одна из задач перекрестной классификации — поиск устойчивых связей, выявляющих структурные свойства изучаемого явления.

Кроме того, используются перекрестные группировки для установления зависимости между предметной областью научного знания и длительностью получаемых публикаций, а также для поиска тенденции, динамики процесса.

Эмпирическая типологизация — наиболее сильный прием анализа по описательному плану. Этот метод можно характеризовать как поиск устойчивых сочетаний свойств социальных объектов (или явлений), рассматриваемых в соответствии с описательными гипотезами в нескольких измерениях одновременно.

Нетрудно вообразить свойства социальной группы в трехмерном физическом пространстве, т. е. в декартовой системе координат. В этом трехмерном пространстве следует определить, какова же упорядоченность свойств. Можно ли, допустим, сказать, что слабому выражению свойства А преимущественно соответствует слабое же выражение свойства В и сильное выражение свойства С или все три переменные ведут себя хаотически в отношении друг друга?

Более сложная задача — проанализировать степень скопления или рассеяния признаков (свойств) в многомерном пространстве. Такое пространство нельзя наглядно представить в трехмерной системе координат, его можно описать в математических символах. Задачи многомерной эмпирической типологизации свойств решают с помощью математических процедур распознавания образов — таксономии и кластерного анализа, причем в этом случае исходные данные могут быть представлены в упорядоченных (также метрических) или в неупорядоченных шкалах.

Поиск взаимосвязей между переменными. Перекрестная группировка по двум и более признакам — прямой путь к обнаружению возможных взаимосвязей между переменными. Для этого нужно составить таблицу определенным образом, например подсчитать пропорции частот одного признака в зависимости от частот другого. При изложении результатов социологических обследований разумнее использовать процентные отношения группировок.

Правила процентирования. Основной вопрос: принимать ли за 100% данные по строке или по столбцу? Это зависит от двух обстоятельств: от характера выборки обследованных и от логики анализа. Выборка может быть либо репрезентативной (выборочная совокупность есть микромодель генеральной совокупности), либо нерепрезентативной. В последнем случае как минимум неизвестны пропорции существенных характеристик в генеральной совокупности или известно, что эти пропорции не соблюдаются. Возможна двоякая логика анализа: от причин к следствию или от следствий к причинам, что определяется гипотезой и содержанием данных.

Ретроспективный и проектирующий анализы предполагают различные по содержанию выводы.

В репрезентативных выборках возможно процентирование по диагонали таблицы. Если выборка нерепрезентативна, процентирование можно вести только в рамках каждой подвыборки раздельно. Обычно такие подвыборки образуют по признакам, являющимся возможными причинами искомых связей: половозрастные, имущественные, этнической принадлежности, шкалы по уровню образования, другим объективным характеристикам социального статуса, места проживания и т. д. Здесь несоответствие долей выборок реальному распределению определенных групп в генеральной совокупности не исказит вывод. В противном случае достоверность вывода будет зависеть от представительности выборки.

Когда представительность перекрестной классификации в принципе нельзя установить, расчет процентов допустим в обоих направлениях и по диагонали с условием, что установленные связи требуют дополнительной проверки, ориентировочны. Для такой проверки используется система контрольных (опосредующих) переменных.

Анализ взаимосвязи двух переменных с помощью контрольного (опосредующего) фактора — прием, используемый для того, чтобы установить прямые и опосредованные связи, а также уточнить их напряженность. Для определения существования или несуществования взаимосвязи между двумя явлениями используется простейший показатель — коэффициент ассоциации двух качественных переменных по Юлу. Чтобы подсчитать коэффициент ассоциации Юла, достаточно фиксировать наличие (+) или отсутствие (-) каждого из двух сопоставляемых качеств А и В.

Коэффициент ассоциации Юла (Q) высчитывается по формуле:

$$Q = (ad - cb) / (ad + cb),$$

где частоты a, b, c, d обозначают наличие или отсутствие признака. Свойства коэффициента: $1 > Q > -1$; $Q = 0$, если какая-либо из частот (a, b, c, d) равна нулю. При значении коэффициента существенно выше или ниже нуля при некотором доверительном интервале (допустимой ошибке) связь имеется.

Действует следующее правило: если введение контрольной переменной уменьшает связь между двумя исходными переменными, но связь между контрольной переменной и каждой из исходных достаточно высока, то контрольная переменная выступает либо в качестве интерпретирующей, либо в качестве объясняющей.

Различие между интерпретацией и объяснением состоит в том, что интерпретация — это способ истолкования факторов, рассматриваемых как посредствующие переменные какого-то процесса, причины которого неясны, а объяснение — это истолкование ряда факторов, рассматриваемых в качестве причинных.

Если имеется более трех переменных, то логика анализа остается прежней, меняется лишь численность промежуточных членов в порядке анализа вследствие добавления новых контрольных факторов. Аналогична стратегия поиска взаимосвязей между более чем тремя, притом не дихотомическими, а многочленными качественными или количественными переменными. Принципиальное различие — в технике анализа.

Граф — это фигура, состоящая из точек (их называют вершинами графа) и отрезков, соединяющих некоторые из этих точек (ребра графа). Изображение связей в группе с помощью социогаммы есть граф. В социогамме указываются вершины графа (члены группы) и связи между ними (ребра графа).

Если бы удалось измерить корреляции или тесноту связей между всеми членами группы (вершинами) и соответственно этому выделить отдаленные связи, то такое изображение можно было бы назвать корреляционным графом. Чтобы построить корреляционный граф, измеряют парные связи между всеми переменными, обозначенными на графе как его вершины. В корреляционном графе отображают лишь те связи между вершинами, которые соединяют их кратчайшим путем (т. е. являются наиболее тесными), и опускают другие, менее тесные связи.

Эффективная процедура для поиска скрытой (потентной) структуры взаимосвязей множества переменных — факторный анализ. Сначала устанавливают парные корреляции всех изучаемых переменных, а затем отыскивают своего рода корреляционные плеяды или узлы связей. Иными словами, выделяют такие переменные, которые, будучи наиболее тесно взаимосвязаны в рамках своей плеяды, слабо связаны с другими корреляционными узлами. Выявленные узлы и есть факторы. Название фактора всегда условно и подбирается по ассоциации с теми переменными, которые наиболее сильно связаны с этим фактором — имеют наибольшие факторные нагрузки.

Анализ данных повторных и сравнительных исследований. Различают несколько видов повторных и сравнительных эмпирических исследований.

1. Международные и межрегиональные, цель которых — выявление общего и специфического в изучаемых социальных процессах и явлениях, где последнее обусловлено особенностями социально-экономической природы, культуры, истории отдельных стран или особенностями условий и образа жизни населения различных регионов одной страны.

2. Панельные повторные исследования, проводимые по единой программе на той же самой выборке обследуемых и с использованием единой методики и процедур анализа данных. Это наиболее формализованный вид сравнительных исследований с определенным временным интервалом, их цель — анализ динамики, изменений в изучаемых аспектах.

3. Повторные когортные исследования — особая разновидность панельных исследований, отличающаяся тем, что выборочный объект — возрастная группа, изучаемая на протяжении достаточно длительного времени. Термин "когорта" заимствован из демографии, им обозначают людей одного поколения (и более строго — одного года рождения); прослеживают, как с течением времени меняются условия и образ жизни данной когорты, их интересы и образ мыслей.

4. Повторные трендовые исследования, которые проводят на аналогичных выборках и в рамках единой

генеральной совокупности с интервалом во времени и с соблюдением относительно единой системы процедур для того, чтобы установить тенденции (тренды) социальных изменений.

Все разновидности повторных и сравнительных исследований предполагают, во-первых, соблюдение требований сопоставимости двух и более разовых обследований, будь то сравнение данных по разным странам и регионам или выявление тенденций и сдвигов во времени при анализе одного или аналогичных социальных объектов, и, во-вторых, обоснование существенности или несущественности различий по сравниваемым показателям в качественном и количественном аспектах.

При сравнении эмпирических данных соблюдаются следующие правила, необходимые в логике экспериментального анализа;

- два состояния одного процесса сопоставимы, если они содержат хотя бы одно общее свойство или показатель;
- ни один фактор не может быть признан причиной сравниваемых явлений, если в одном случае при регистрации изучаемого явления он имеет место, а в другом — нет (правило согласия Милля);
- данный фактор не может быть причиной изучаемого явления, если в одном случае (исследовании) он имеет место, а само явление не фиксируется, хотя в другом случае (исследовании) дело обстоит так, что регистрируются и явления, и данный фактор (правило различия);
- некий фактор (условие, обстоятельства) не может достоверно считаться определяющим в отношении изучаемого процесса, если в другом случае (другом исследовании) наряду с ним изучаемому процессу сопутствуют другие факторы.

При повторных и сравнительных исследованиях любого типа возникает вопрос об идентичности или сопоставимости методик сбора первичных данных. Дело осложняется тем, что с течением времени возникают новые явления и процессы, новые социальные проблемы, которые заранее не могли быть предвидены. По этой причине методики базового, т. е. первого, обследования не могут полностью и без сомнений использоваться в повторных, но тогда не ясно, можно ли пользоваться разными методами.

Решение проблемы состоит в том, что часть полевых документов полностью повторяет инструментарий базового исследования, а другие документы вводятся заново.

Все пункты информации, копирующие базовую методику, должны располагаться в начале опросного листа повторного обследования, а новые — следом за ними. Таким путем сохраняется возможность прямого сопоставления данных, фиксированных единой процедурой.

Интервал времени, в рамках которого целесообразны сравнительные исследования, определяется в масштабе изучаемых социальных процессов. В случае организационных нововведений повторное обследование проводится по схеме эксперимента "до—после" вскоре после реализации нововведения. В случае изучения социальных тенденций (трендовые исследования) масштаб сопоставления должен быть увеличен в зависимости от проблематики исследования. Важно, однако, выдерживать более или менее единый интервал времени или же использовать неравные интервалы, но связанные с качественными изменениями в экономических и социальных условиях деятельности людей.

Факторы, от которых зависит оценка существенности различий, можно описать следующим образом.

Содержание изучаемых процессов, их внутренняя динамика, меры устойчивости и изменчивости данного процесса и явления. Различные проявления повседневной жизнедеятельности не могут изменяться ежедневно и ежечасно, поэтому даже небольшие сдвиги и различия будут здесь важны и в принципе существенны для социального анализа. Изменения во взглядах и системе ценностей должны оцениваться в ином масштабе.

Существенность различий зависит также от социальной значимости изучаемого явления. Чем более значим этот процесс, тем более существенны даже малые изменения и различия, чем он менее значим для жизни общества или функционирования данного социального института, организации и т. д., тем шире будет диапазон вариаций, в рамках которых мы можем полагать явления существенно не различающимися.

С формально-статистической точки зрения существенность различий в фактических данных прямо зависит от численности сравниваемых подвыборок (чем меньше выборки, тем большие различия могут оказаться несущественными вследствие величины выборочной ошибки) и от величины ошибки фиксирования первичных данных.

Абсолютно точных измерений никогда не удается достичь. Все данные фиксируются с определенной погрешностью, связанной и с природой изучаемого процесса, и с особенностями инструмента измерения, и с ошибкой выборки, и с существенными ошибками исследователя. Следовательно, существенные различия сравниваемых в численном выражении данных должны непременно перекрывать величину ошибки, имевшей место при их первичной регистрации. Но так как в сравнительных и повторных исследованиях имеют дело с удвоенной ошибкой измерения первичных характеристик (в одном и другом обследованиях), предполагается, что существенный сдвиг фиксируется тогда, когда его величина перекрывает ошибку первичной регистрации.

Предлагается следующая формула, в которой учитываются λ — абсолютный сдвиг (различие) в двух сопоставляемых состояниях одного показателя, ΔI — мера устойчивости измерения данной характеристики в первом исследовании (или в одном из сравниваемых исследований), ΔII — мера устойчивости измерения той же характеристики во втором (в другом) обследовании.

Тогда существенным следует признать сдвиг (различие), отвечающий формуле:

$$|\lambda| = |\Delta I| - |\Delta II| > 0,$$

где разность ошибок двух измерений должна быть выше нуля, т. е. перекрывать ошибки измерений.

Если в обоих исследованиях используется один и тот же инструмент и есть основание предполагать, что ошибка измерения зависит главным образом от инструмента, то достаточно воспользоваться показателем. Если в обоих исследованиях используется один и тот же инструмент и предполагается, что ошибка измерения зависит главным образом от инструмента, то достаточно воспользоваться показателем ошибки регистрации данных в повторном (или одном из двух) исследованиях и преобразовать формулу следующим образом:

$$|\lambda| - 2|\Delta| > 0,$$

где постулируется, что значимая ошибка вдвое перекрывает ошибку первого замера.

На больших выборках, в трендовых исследованиях, где индивидуальные ошибки погашаются по закону больших чисел, можно расширить и критерий существенности различий, взяв лишь 1/2 ошибки первичной регистрации данных, т. е.:

$$|\lambda| - 1/2|\Delta| > 0.$$

При отсутствии сведений об ошибке первичного измерения (это часто имеет место в сравнительных исследованиях, если используются данные других авторов) существенными можно полагать различия, когда как минимум перекрываются ошибки выборки. Последние рассчитываются по формулам выборочных ошибок.

Методика постановки медико-социального эксперимента. Социальный эксперимент выполняет две основные функции: достижение эффекта в практически-преобразовательной деятельности и проверку научной гипотезы. В последнем случае процедура экспериментирования целиком сосредоточена на познавательном результате. Эксперимент выступает в качестве самого сильного способа проверки объяснительной гипотезы. В первом случае эксперимент нацелен на получение практического эффекта управления некоторыми процессами. Познавательные результаты представляют собой в этом случае побочный продукт управленческого эффекта.

Если в одном ряду фиксируются события А, В, С, D и как следствие — Р, а в другом ряду — М, С, К, L и как следствие — снова Р, то причиной события Р является, видимо, С. Все остальные встречаются в одном ряду, но не встречаются в другом. Правило различия Милля используется для проверки гипотезы в обратном порядке: "не-С" должно повлечь за собой "не-Р", что логически очевидно.

Логика экспериментального анализа реализуется в натурном и интеллектуальном экспериментах.

Натурный эксперимент предполагает вмешательство экспериментатора в естественный ход событий. Интеллектуальный эксперимент — это манипулирование с информацией о реальных объектах без вмешательства в действительный ход событий.

При одинаковой логике поиска причинно-следственных связей процедуры натурального и интеллектуального экспериментов различны.

Натурный эксперимент может быть контролируемым и неконтролируемым.

В неконтролируемых экспериментах познавательный результат достигается путем достаточно большого числа повторных опытов так, чтобы по теории вероятности неконтролируемые факторы при взаимном наложении погасались и не оказывали бы влияния на воздействие экспериментального фактора. Число повторных попыток определяется статистически, например, при помощи критерия Стьюдента — χ^2 , который должен быть незначим, т. е. фиксирует близость взаимосвязей причинных факторов и следствий.

Более строгие данные могут быть получены в контролируемом натурном эксперименте.

Контролируемый (валидный) эксперимент представляет попытку получить относительно чистый эффект воздействия экспериментальной переменной. С этой целью предпринимается тщательное выравнивание прочих условий, которые могут исказить результат влияния экспериментального фактора.

Прежде чем приступить к выравниванию условий, надо выделить характеристики, предположительно влияющие на ожидаемое следствие. Это требует тщательного предварительного анализа проблемы при разработке программы исследования. Если выявлено, что возможные возмущители чистого эффекта суть А, В, С, D, Е..., то все они потенциально представляют собой экспериментальные переменные. Но в каждом отдельном опыте проверяется воздействие одного из выделенных факторов, и тогда все остальные подлежат выравниванию.

В первую очередь выравнивают (сопоставляют) основные параметры общей социальной ситуации, такие как тип поселения, область производства, этническая и культурная среда, временной интервал и другие характерные особенности, равноприложимые ко всем объектам изучаемого процесса. Это особенно важно при организации широкомасштабных социальных экспериментов.

Основные приемы выравнивания индивидуальных характеристик в случае, когда единицы наблюдения — индивиды, следующие.

1. Точечное выравнивание применяют в опытах с малыми группами. Процедура сводится к подбору индивидов в подлежащих выравниванию группах по единым признакам, выделенным как существенные. Очевидно, что такой прием очень сложен. Он используется в лабораторном эксперименте и крайне редко — в полевых исследованиях.
2. Частотное выравнивание предполагает сопоставление существенных признаков в пропорциях, средних величинах, суммарных индексах и т. п. на группу в целом. Существенный недостаток частотного выравнивания — опасность контрастных сочетаний выделенных в пропорциях характеристик, что может значительно исказить эффект выравнивания.
3. Выравнивание по квоте, применимое и в больших выборках, помогает устранить недостатки предыдущего приема. В этом случае сопоставляют группы по пропорциональному представительству признаков, взятых в жестких сочетаниях (квота).
4. Случайно-механическое выравнивание используется при массовых экспериментах, на крупных объектах, когда отбор производится по правилам случайной бесповоротной выборки. Этот прием, однако, не годится для небольших групп.

Разновидности контролируемых натуральных экспериментов — рандомизация. Условные обозначения основных параметров экспериментальной процедуры: х — экспериментальная переменная (испытываемый фактор, который также обозначают как независимую переменную); К — неконтролируемые переменные (ни в одном эксперименте не удается полностью контролировать все условия, поэтому остается влияние неучтенных факторов); Р1 — состояние объекта до введения экспериментальной переменной, оцененное по какой-то процедуре; Р2 — состояние объекта в конце эксперимента, после введения переменной х; d — наблюдаемое в итоге эксперимента изменение.

Повторные опыты покажут, насколько полученный результат устойчив.

Все другие варианты построения натурального социального эксперимента связаны с попытками устранить возмущающее влияние эффекта первого замера. Такой эффект имеет место в том случае, когда используются опросные методы или наблюдение. Это способно вы-

Таблица 2

Логика эксперимента "до—после" с одним контрольным объектом	
Экспериментальный объект	Контрольный объект
P1(+)	P'1(+)
x(+)	x'(-)
K(+)	K'(+)
P2(+)	P'2(+)

Примечание. Здесь и далее (+) — имеется; (-) — отсутствует.

звать реакцию людей, связанную с вмешательством исследователей в естественный ход событий.

Одни из желаний помочь экспериментатору при повторном опросе покажут завышенные оценки удовлетворенности, другие из чувства противоречия могут занижить их.

В таком случае при эксперименте "до—после" (табл. 2) с контрольной группой (тип 1) итог опыта выглядит как функция первичных замеров неконтролируемых факторов и, наконец, собственно экспериментальной переменной, т. е. $d = f(P1 + P'1 + K - K' + x)$.

При эксперименте типа "только после" (табл. 3) с контрольным объектом $p = P2 - P'2$, тогда $d = f(x + K - K')$.

Если удалось избежать первого замера, то реактивное воздействие, связанное с вмешательством экспериментатора (исследователя), упразднено. При этом сохраняются все требования к выравниванию условий и к повторным сериям для получения устойчивого результата.

При эксперименте типа "якобы до—после" (табл. 4) с контрольной группой $p = P2 - P'1$, и тогда $d = f(x + K - K')$.

В этом эксперименте, хотя первый замер на контрольной группе осуществлялся, но он не влияет на результат, так как не было вторичного замера.

Разница между экспериментами типа (3) и (4) в том, что в последнем не потребуются искать объект, на котором не вводится новшество, так как в контрольной группе испытуемая переменная может быть или не быть — она не влияет на итог. Практически это важно, так как экспериментирование с людьми всегда имеет моральный аспект.

Далее возможны такие эксперименты с двумя и тремя контрольными группами, в одних из которых вводятся экспериментальные условия, а в других — нет. Эти сложные построения позволяют получить более чистый эффект благодаря многократным контрольным операциям в каждой серии и дают возможность сократить число самих серий.

Рандомизация с использованием значительного числа экспериментальных и контрольных объектов (групп, организаций) позволит гасить влияние неконтролируемых (фоновых) воздействий, если они не являются систематическими. Тогда экспериментальный эффект оценивается обычным исчислением значимости различий средних по критериям состояния "до—после" на экспериментальных и контрольных объектах.

Мысленный или квазиэксперимент. Логика анализа здесь та же, что и в натурном эксперименте. Своеобразие же заключается в том, что вместо манипуляции с реальными объектами оперируют информацией о свершившихся событиях.

Большой объем статистики — одно из неперенных требований мысленного экспериментирования. Име-

Таблица 3

Логика эксперимента "только после" с контрольным объектом	
Экспериментальный объект	Контрольный объект
P1(-)	P'1(-)
x(+)	x'(-)
K(+)	K'(+)
P2(+)	P'2(+)

ется множество технических средств, позволяющих осуществлять самые различные модели мысленного экспериментирования. Один из таких приемов — регрессионный анализ (в случае использования метрированных данных). С его помощью устанавливают детерминационные отношения, т. е. исчисляют, насколько изменение одной (зависимой) переменной объясняется соответствующими изменениями других (независимых) переменных. Один из вариантов квазиэксперимента — исследование трендов.

Также возможны приемы поиска каузальных связей многопеременной плеяды с использованием регрессионного анализа и элементов теории графов. Эта техника позволяет фиксировать тенденцию причинных зависимостей среди множества включенных в процесс факторов.

В действительности выявляются предполагаемые причины, строятся различные модели последовательности взаимосвязи многих переменных и находится такая структура этих взаимосвязей, которая обнаруживает наибольшее суммарное влияние на ожидаемый эффект.

Натурный квазиэксперимент. В исследованиях, руководствуясь логикой эксперимента "до—после", но, во-первых, не жестко контролируются фоновые воздействия и, во-вторых, создаются экспериментальные ситуации своими действиями в качестве участника жизненной ситуации. Вместе с тем выполняется функция экспериментальной переменной. Подобное экспериментирование имеет место в провоцирующих полевых исследованиях.

Представление результатов медико-социологического мониторинга. Представление хода и результатов мониторинга должно давать возможность пользователю проанализировать обоснованность и достоверность всех выводов, а также при желании воспользоваться эмпирическими данными для постановки иных задач.

При публикации хода и результатов медико-социологического исследования принято придерживаться определенной последовательности:

- изложение целей и задач исследования;
- формулировка проблемы;
- краткая или более пространная характеристика литературы по вопросу;
- основные идеи программы исследования и концептуальная схема;
- описание основных процедур сбора первичных данных (методики типа выборки);
- изложение и анализ полученных данных по группам гипотез (задач или проблем);
- теоретические и практические выводы из исследования;
- сопоставление полученных данных с имеющимися в литературе;
- постановка вопросов для дальнейшего изучения, выдвижение новых гипотез, которые не могли быть проверены в данном исследовании;

Таблица 4

Логика эксперимента "якобы до—после" с контрольным объектом

Экспериментальный объект	Контрольный объект
P1(-)	P'1(+)
x(+)	x'(+)(-)
K(+)	K'(+)
P2(+)	P'2(+)

- приложения: методики сбора первичных данных, сводные таблицы, основные статистические показатели по ведущим гипотезам (или задачам).

Публикация результатов медико-социологического мониторинга должна вестись на основе современных технологий графических форм представления сложной информации. Такими предпочтительными формами являются диаграммы, таблицы, гистограммы, графики, картограммы.

В табличном виде можно представить любые показатели. Размерность таблицы лежит в прямой зависимости от количества измерений того или иного показателя. Естественно, кроме табличного, существует и ряд других возможностей для представления отчетов.

Графики наряду с таблицами являются важным средством выражения и анализа данных, поскольку наглядное представление облегчает восприятие информации. Графики позволяют мгновенно охватить и осмыслить совокупность показателей — выявить наиболее типичные соотношения и связи этих показателей, определить тенденции развития, охарактеризовать структуру, степень выполнения плана, оценить географическое размещение объектов.

Для графического изображения статистических данных используются самые разнообразные виды графиков. Графики подразделяются по двум признакам классификации: по способу построения и по цели использования.

Несмотря на многообразие видов графических изображений, при их построении выполняются общие правила. Так, во-первых, в соответствии с целью использования выбирается графический образ, т. е. вид графического изображения. Во-вторых, определяется поле графика — то пространство, в котором размещаются геометрические знаки. В-третьих, задаются масштабные ориентиры с помощью масштабных шкал (равномерных или неравномерных). В-четвертых, выбирается система координат, необходимая для размещения геометрических знаков в поле графика. Наиболее распространенной системой координат при построении статистических графиков является система прямоугольных координат. При этом наилучшим соотношением масштаба по осям абсцисс и ординат считают 1,62:1.

Линейные диаграммы применяются для характеристики динамики, т. е. оценки изменения явлений во времени; для характеристики вариации в рядах распределения; для оценки выполнения плановых заданий; для оценки взаимосвязи между явлениями.

Они строятся в прямоугольной системе координат. По оси абсцисс откладывают отрезки, соответствующие датам или периодам времени, по оси ординат — уровни ряда динамики или темпы их изменения. Полученные точки соединяют отрезками в виде ломаной линии.

Каждая точка линейной диаграммы соответствует уровню динамического ряда (или темпу его изменения) на определенный момент или за период времени. На одном графике может быть размещено несколько диаграмм, что позволяет сравнивать динамику различных показателей либо одного показателя по разным регионам или странам.

Для тех же целей, а именно для анализа динамики социально-экономических явлений, оценки выполнения плана и характеристики вариации в рядах распределений могут использоваться также столбиковые диаграммы. Столбики располагаются вплотную или раздельно на одинаковом расстоянии. Они имеют одинаковое основание, а их высота должна быть пропорциональна числовым значениям уровней признака. По высоте столбиков этой диаграммы определяют соотношение между уровнями изучаемых показателей.

Столбиковые диаграммы могут использоваться также для пространственных сопоставлений: сравнения по территориям, странам, фирмам, по различным видам продукции. Кроме того, столбиковые диаграммы широко используются для изучения структуры явлений.

Секторные диаграммы получили достаточно широкое распространение для характеристики структуры социально-экономических явлений. Анализ структуры проводится на основе сопоставления различных частей целого при помощи площадей, образуемых секторами круга. Для построения этой диаграммы круг следует разделить на секторы пропорционально удельному весу частей в целом. Сумма удельных весов равна 100%, что соответствует общему объему изучаемого явления. Размер каждого сектора определяется по величине угла с учетом того, что 1% соответствует 3,6°. Для того чтобы секторы были более наглядны, используется штриховка, заливка различными цветами.

Полосовые диаграммы состоят из прямоугольников, расположенных горизонтально (полосами, лентами). Масштабная шкала этих графиков находится на горизонтальной оси. Принцип построения полосовых диаграмм тот же, что и для столбиковых диаграмм.

Иногда для целей сравнительного анализа по регионам, странам используют квадратные, круговые, фигурные диаграммы (диаграммы фигур-знаков). Диаграммы геометрических фигур отражают размер изучаемого объекта в соответствии с размером своей площади.

Для построения квадратной диаграммы, применяемой при сравнительном анализе, следует извлечь квадратные корни из сравниваемых величин статистических показателей, а затем построить квадраты со сторонами, пропорциональными полученным результатам.

При построении круговой диаграммы, значения показателей вначале делят на число π , т. е. 3,14, а затем из полученных величин извлекают квадратные корни и строят круги с радиусами, пропорциональными полученным результатам.

Диаграммы фигур-знаков представляют собой графические изображения в виде рисунков, силуэтов, фигур, соответствующих содержанию статистических данных. Рисунки отличаются друг от друга размером (соответственно величине показателя), либо величины статистических показателей отображаются на рисунках определенным количеством одинаковых по размеру и типу фигур. Например, грузооборот железнодорожного транспорта символически изображают в виде

рисунков вагонов. Для таких диаграмм необходимы сопроводительные числовые надписи, так как зрительное сопоставление таких фигур довольно затруднительно.

Для оценки географического размещения явлений, сравнительного анализа по территориям применяются статистические карты, включающие картограммы и картодиаграммы.

Картограмма показывает территориальное распределение изучаемого признака по отдельным районам и используется для выявления закономерностей этого распределения. Картограммы бывают фоновыми и точечными. Фоновые картограммы с разной густотой цветовой окраски характеризуют распределение изучаемого признака на различных территориях. На точечной картограмме каждой точке соответствует одно и то же принятое числовое значение, например равное 100 т. Нанося на контур каждого района соответствующее количество точек, получают точечную картограмму, характеризующую распределение изучаемого признака по районам. Как правило, фоновые картограммы используются при анализе статистических показателей в виде относительных и средних величин, в то время как точечные — для характеристики размещения абсолютных величин.

Для представления в сети Интернет на сайте ТФОМС рекомендуется использовать данные наиболее общих, важных показателей. Представляемые данные должны быть доступны для восприятия каждому пользователю и не должны содержать конфиденциальной информации, а также информации, составляющей налоговую или иную тайну.

Современные методы исследования социологии медицины дают возможность изучать процессы формирования общественного мнения о медико-социальных явлениях и тем самым получать информацию в форме не только субъективных оценок осуществляемых мер, но и объективных показателей результатов функционирования системы здравоохранения. Анализ такой медико-социологической информации позволяет осуществлять оперативную обратную связь с пациентами (населением) и другими правосубъектами системы здравоохранения, принимать конкретные управленческие решения и оценивать их эффективность, а в

итоге разработать новые медико-социальные технологии, повышающие эффективность инноваций в здравоохранении.

Ключевые слова: факторный анализ, типологизация, интерпретация, выявление возможных прямых и косвенных влияний на агрегированные свойства, социальные типы, устойчивые образования, группировка и классификация, медико-социальный эксперимент

The technology of sociologic study as a methodological basis of medical sociologic monitoring

A.V. Reshetnikov

The actual research methods in sociology of medicine provide an opportunity to study the processes of the formation of public opinion concerning the medical social events to receive the information both as subjective values of implemented measures and objective indicators of public health system functioning. The analysis of medical sociologic information of this kind permit to implement the operational feedback from patients (population) and other legal personalities of public health system functioning. This approach permits to make a decision on specific managerial tasks, to evaluate their effectiveness and ultimately to develop new medical sociologic technologies enhancing the effectiveness of innovations in public health.

Key words: factorial analysis, typology, interpretation, identification of possible direct and indirect impact on aggregated characteristics, social type, stable formation, grouping and classification, medical social experiment

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев В. Г., Маслова О. М. Методы сбора социологической информации: Метод. пособие. — М., 1985.
2. Комплексный подход к анализу данных в социологии / Отв. ред. В. Г. Андреев, Ю. Н. Толстова. — М., 1989.
3. Кузьмин С. А. Социальные системы: опыт структурного анализа. — М., 1996.
4. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
5. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. — М., 2008.
6. Толстова Ю. Н. Измерение в социологии: Курс лекций. — М., 1998.
7. Шубкин В. Н. Социологические опыты. — М., 1970.

Поступила 30.09.11

© Д. А. ИЗУТКИН, 2011
УДК 616-092.11-058

Д. А. Изуткин

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ПОНЯТИЮ "ЗДОРОВЬЕ" В ЗАРУБЕЖНОЙ СОЦИОЛОГИИ

Нижегородская государственная медицинская академия

Содержание понятия "здоровье" остается одним из наиболее дискуссионных вопросов в зарубежной медико-социологической литературе. При этом, если актуальность теоретических разработок данной проблемы диктуется необходимостью формулирования различных гипотез, построения парадигм, создания концептуальных направлений дальнейшего развития медицинской науки, то практическая значимость определяется, в частности, запросами клинической медицины и медицинской этики в системе взаимоотношений врача и больного.

Следует отметить, что на протяжении всей зарубежной (и отечественной) истории медицинской деятель-

ности и здравоохранения изучение различных аспектов проблемы патологии, как правило, носило доминирующий характер, хотя попытки дать определение понятию "здоровье" также имели место во всех исторических периодах. И только в XX веке в связи с интеграцией общественных и естественных дисциплин, а также необходимостью дальнейшего развития понятийного аппарата в различных науках начинается активное теоретическое и практическое изучение здоровья как категории, присущей человеку как через призму его био-социальной деятельности, так и таких индикаторов, как "качество жизни" и "удовлетворенность жизнью" в условиях определенного социокультурного окружения. Тем не менее следует признать, что до сих пор "не существует определения здоровья, удовлетворившего бы

Д. А. Изуткин — д-р филос. наук, проф. каф. (dan55@mail.ru)

большинство исследователей, и которое могло бы стать основой для построения количественных критериев измерения здоровья населения" [1]. Это говорит о многогранности и многофакторности данного явления, что, соответственно, требует его дальнейшего изучения.

Необходимость выяснения содержания феномена здоровья также связана с продолжением развития подходов к понятиям "норма" и "патология", что объясняется, во-первых, активной интеграцией зарубежной социологической науки в область естественных отраслей знаний, в частности медицину. В определенной степени это вызвано рядом проблем морального, нравственного и этического характера, которые обнаруживаются в современной медицинской деятельности и развитии медицинской науки (противоречивый характер использования "высоких" технологий, этикодеонтологические аспекты взаимоотношения врача и больного, этические вопросы эвтаназии, абортов, трансплантации органов, роль и функции врача в современном обществе, гуманизм медицинской профессии и платный характер медицинских услуг и др.); во-вторых, норма и патология, являясь естественными состояниями или качественными характеристиками человека, дают повод рассматривать их в рамках медицинской антропологии, в частности рассматривать сущность и деятельность человека в фокусе экологии, этики, его социального и культурного окружения; в-третьих, здоровое или патологическое состояние органично вплетается в систему человеческих ценностей морально-этического характера и, таким образом, должно анализироваться с точки зрения индивидуальной заинтересованности человека быть здоровым или больным; в-четвертых, здоровое или патологическое состояние существенно расширяет или, наоборот, ограничивает диапазон биологических, психологических и социальных возможностей индивида в плане его доступа к общественным благам и всесторонней жизнедеятельности, а следовательно, значительно повышает или снижает качество его жизни — вопрос, находящийся в центре внимания зарубежных исследователей гуманитарной направленности.

Следует отметить, что за последние десятилетия число социологических исследований, освещающих те или иные аспекты здоровья, значительно возросло. Здесь следует отметить таких авторов, как С. Boorse (1975, 1977); К. Boyd (1994); G. Canguilhem (1975, 1990); Н. Engelhardt (1981); К. Fedoryka (1997); К. Fulford (1983); R. Goosense (1980); R. Hare (1986); Т. Koch (2000); J. Lennox (1995); R. Mordacci (1995); А. Musschenga (1997); L. Nordenfelt (1987); D. Rasmussen, D. Den Uyl (1991); R. Sade (1995); J. Scaddling (1988) и др.

При обобщении результатов исследователей по вопросам здоровья можно выделить два основных подхода: **объективный** (основанный на понимании и оценке здоровья в процессе его эмпирического изучения) и **субъективный** (рассматривающий здоровье в его отношении к системе человеческих ценностей).

Сторонниками объективного понимания здоровья являются С. Boorse, G. Canguilhem, К. Fulford, J. Lennox, J. Scaddling и др. В целом взгляды представителей данного подхода основываются на оценке состояния организма как исключительно биологической субстанции с акцентом на понимание человеческого организма как единой целостной системы в его взаимосвязи с окружающей средой. Другими словами, объективное понимание здоровья рассматривает его как чисто эмпирическое, объективное явление, поддающееся главным

образом количественному измерению и оценке в связи с проблемой человеческих ценностей. Различные проявления подобного понимания в целом характеризуются как "описательные" теории здоровья, так как с этой позиции оно может быть представлено исключительно в количественных показателях [9].

Так, согласно взглядам С. Boorse [2—4], здоровье не имеет какого-либо ценностного значения. Оно относится к биологически оптимальному функционированию организма, его способности реализовать и воспроизводить все типичные для него физиологические отправления с определенной эффективностью [4]. В связи с тем, что "функция" здесь понимается как биологическое свойство, а "нормальность" функций устанавливается эмпирически, на основании биометрических показателей деятельности тех или иных органов и систем организма, эта оценка здоровья, многие десятилетия используемая в практической медицине, не нуждается в ссылках на аксиологические категории.

Согласно С. Boorse, все живые существа в ходе своей эволюции постоянно развивались и совершенствовались в плане их приспособляемости к окружающей среде. В итоге это выразилось в том, что генотип, фенотип и внешняя среда, взаимодействуя между собой, привели к формированию органов и систем, выполняющих специфические функции, направленные на поддержание жизнеспособности организма. Отсюда здоровье есть состояние функционирования любого живого организма в равновесии с его природным окружением. Он считает, что первичными целями любого эволюционного процесса являются выживаемость и репродуктивность, следовательно, здоровый организм тот, функциональные возможности которого (в соответствии с полом и возрастом) максимально оптимизированы именно для выполнения этих задач. Подобное функционирование является главным определителем здоровья, и его можно оценить статистически по результатам эмпирических исследований [4].

По мнению С. Boorse, подобный подход ставит здоровое состояние в тесную зависимость от физиологических процессов, делает его независимым от субъективных факторов и потому дает основание и возможность для объективного понимания здоровья. Таким образом, он исключает здоровье из "шкалы" ценностей, так как здоровое состояние уже есть высшая ценность сама по себе. Кроме того, человеческие ценности тесно связаны с субъективными желаниями и потребностями индивида, которые сложно (а иногда просто невозможно) подвергнуть объективному измерению и оценке. Отсюда первостепенную важность приобретает так называемое *практическое здоровье, рассматриваемое просто как состояние, противоположное болезни, а болезнь в свою очередь — как состояние, противоположное здоровью* [4].

В определенной степени сходный с вышеназванным подход к здоровью демонстрирует J. Lennox [13]. Он идентифицирует здоровье с состоянием организма, при котором все его системы успешно функционируют с целью поддержания его жизнеспособности. Он также считает, что концепция здоровья имеет главным образом биологическое содержание и обосновывается на результатах его эмпирического изучения. Вместе с тем он отводит здоровью определенное место в иерархии ценностей и полагает, что это не только некая биологическая мера, но и благо, дающее возможность индивиду реализовать различные жизненные потребности,

включая его культурные установки. Таким образом, J. Leppox определяет понятие "здоровье" как "порядок вещей, в которых биологическая активность живого организма действует в пределах, обеспечивающих продолжительную и продуктивную жизнь" [13].

В противовес объективному (биостатистическому) пониманию здоровья субъективный подход (Canguilhem G., Nordenfelt L., 1987, 1994; Goosens W., 1980; Mordacci R., 1995; Musschenga A., 1997; Sade R., Scadding J., 1988 и др.) акцентирует внимание на индивидууме как целостном существе в комплексе его различных характеристик. Данная концепция отражает место и роль здоровья в иерархии жизненных приоритетов индивида и рассматривает его здоровье как важнейшее условие его доступности к жизненным благам в неразрывной связи с социальными и культурными ориентациями. Одним из главных аргументов представителей субъективных воззрений выступает их положение о том, что здоровье индивида — это явление не просто физиологического характера, но и требующее анализа и оценки в его личностном аспекте [19].

Согласно L. Nordenfelt [15, 16], понятие "здоровье" также тесно связано с состояниями человеческого благополучия и счастья. Главным постулатом его теории является тесное взаимодействие между состоянием здоровья индивида и его субъективным ощущением удовлетворенности своим "жизненным пространством" более, чем просто биологическим существованием. Человек может считаться здоровым только в том случае, если в окружающих его обстоятельствах и условиях он способен реализовать свои жизненные приоритеты. Достижимость этих целей в итоге составляет необходимый порядок вещей, существенный для поддержания минимального счастья [16]. То, что обозначается здесь как "минимальное счастье", в конечном итоге зависит от суждения самого индивида на основе его возможностей, амбиций, иерархии жизненных целей и т. д. В связи с тем, что выделение устойчивых объективных критериев "минимального счастья" (или противоположного состояния) представляется маловероятным, суждение об этом становится правдивым с точки зрения самого индивида. Однако из данных рассуждений следует, что так называемые девиантные формы поведения (в том числе и по отношению к своему здоровью) также могут считаться критериями счастья и благополучия, если рассматриваются как определенные жизненные цели и достижимость этих целей вполне вероятна.

В то время как здоровье и счастье, по мнению данного автора, не являются идентичными, они, тем не менее, оптимально соотносятся. Ощущение счастья (как и здоровья) тесно связано с субъективными представлениями индивида о собственном благополучии и реализации субъективных потребностей. Эти жизненные устремления L. Nordenfelt определяет как "витальные цели". Следуя далее в своих рассуждениях об осуществлении жизненных целей как фундаментального условия для определения здоровья, он теоретически старается классифицировать их с точки зрения того минимального качества, которое, с одной стороны, опосредуется состоянием здоровья конкретного индивида, а с другой — способно обеспечить минимальное благополучие.

D. Rasmussen и D. Den Uyl, продолжая развивать проблему соотношения здоровья и человеческих ценностей, разделяют последние на два вида: биологические (присущие всем живым системам) и моральные

(характерные для рациональных существ, обладающих способностью выбора).

Моральные ценности, включая так называемые добродетели (рациональность, справедливость, честность и т. д.) и блага или потребности (финансовые, образовательные, сексуальные, психологические, физическое самочувствие и др.), свойственны всем человеческим существам, востребованы ими для всеобщего благополучия и с этих позиций носят объективный характер. Однако каждый индивид нуждается в них в различной степени. Количество времени и затрат, необходимых для их достижения, также различно для конкретных индивидов, что определяется их субъективным суждением, зависящим от индивидуальных потенциальных возможностей и способностей. Исходя из этого, моральные ценности имеют индивидуальный и плюралистический характер, а значит, субъективны по своей природе. Однако то, что они основаны на фактах, полученных эмпирическим путем, наполняет их в то же время объективным содержанием.

Одной из этих ценностей, необходимой для полноценной и активной жизни, по мнению указанных авторов, является здоровье. Поэтому среди человеческих особенностей (в отличие от других жизненных форм) нравственность играет важную роль в стремлении к достижению здоровья. Отсюда здоровье может быть достигнуто путем сознательного и намеренного культивирования определенных жизненных привычек, которое через развитие, обретая форму добродетели, способствует успешной человеческой жизни.

R. Sade [17] полагает, что по аналогии с различием между биологическими и моральными ценностями существует определенная граница между понятиями "биологическое здоровье" и "моральное здоровье". Первое означает оптимальное функционирование физического тела, обеспечивающее выживаемость человеческой особи. Второе предполагает предпочтения, установки и желания индивида, которые в совокупности с его физическим здоровьем ведут к полноценной жизни, выступают важным фактором предупреждения болезней и преждевременной смерти, а также поддерживают физическую дееспособность индивида в соответствии с его специфическими потребностями.

По мнению R. Sade, практическая медицина в основном имеет дело с физическим здоровьем. Вместе с тем моральные ценности, непосредственно относящиеся к здоровью, также должны быть в сфере интересов медицины. Он полагает, что "практика добродетели" приближает телесные функции к благам бытия и вследствие этого выступает составной частью полноценной жизни индивида. Дополнительной чертой здоровья как главной цели здоровых выборов и ориентаций индивида является ощущение им субъективного благополучия как позитивного исхода здоровой жизни [18], что более имеет выход в сферу не столько медицины, сколько валеологии.

G. Canguilhem [6, 7] развил подход, лежащий на стыке объективных и субъективных представлений о здоровье, который обозначил как биологическую нормативность. В целом здесь подразумевается способность человеческого организма активно взаимодействовать с окружающей средой, что создает основу для учета биостатистических средних данных как показателей (но не причин) нормальной биологической жизни.

По G. Canguilhem как нормальное, так и патологическое состояние человеческого организма (а отсюда здоровье и болезнь) не могут быть познаваемы исклю-

чительно объективным путем. Подобное научное обоснование включает в себе одну несостоятельность: устанавливая фактическое положение вещей в изучении жизненного опыта людей, оно не дает ответа, как это соотносится с системой человеческих ценностей. G. Canguilhem полагает, что жизнь — это способность организма человека не только реагировать на внешние раздражители и вступать во взаимоотношения с окружающей средой, но и конструировать те или иные нормативные ценности и проецировать их во внешний мир посредством определенного образа жизни. Таким образом, процесс адаптации имеет двойную направленность: от живого организма к окружающей среде и от внешней среды к организму. В итоге здоровье есть выражение уровня поляризованной динамики между организмом и внешней средой.

По мнению R. Mordacci [14], многочисленные субъективные концепции здоровья объединяет их попытка воспринять здоровое состояние как аналогию жизненного изобилия, включающее такие понятия, как благополучие, благосостояние, целостность, дееспособность, интегрированность, совершенство и т. д. (так называемая насыщенная жизнь). Другими словами, здоровье не является изобилием само по себе, но выступает как необходимое условие доступности и достижимости жизненных благ. R. Mordacci полагает, что вышеназванные подходы могут быть интерпретированы как герменевтика изобилия, что находит свое проявление в освоении всей совокупности жизненного опыта индивида, а в теориях здоровья конкретизируется через такие понятия, как телесная интегрированность, позитивная функциональность, благополучие и т. п.

Вместе с тем он считает, что здоровье не является единственной аналогией изобилия. Другие проявления жизненного опыта (иногда даже противоречащие здоровью, например, болезнь) также должны приниматься во внимание. Но здоровье представляется наиболее часто встречающимся условием для реализации и усвоения подобного опыта. В связи с этим R. Mordacci выделяет два важных положения. Во-первых, здоровье — это позитивное состояние телесной организации индивида, когда его самость и физиологические процессы оптимально дополняют друг друга. Это условие в свою очередь позволяет ему находиться в гармоничном взаимодействии с окружающей средой, в частности в высокой степени адаптированности к внешней среде. Во-вторых, здоровье — это не только положительное условие, но и открытость к изобилию, своеобразное "обещание" для дальнейших достижений. Применительно к самому здоровью это может найти выражение в его развитии, укреплении, совершенствовании и т. д.

В целом, давая оценку субъективному пониманию здоровья, следует отметить следующее. Во-первых, основной акцент в ней делается на субъективные переживания и представления индивида о собственном здоровье и благополучии, что в свою очередь делает невозможным выработку определенных критериев здоровья для их использования в практической медицинской деятельности. Во-вторых, индивидуальные представления о благополучии в силу их субъективного характера имеют многообразные проявления, что опять же препятствует выделению унифицированных количественных показателей. В-третьих, вышеизложенная концепция при ее использовании в практической медицине может привести к конфликту между врачом и пациентом по причине возможных расхождений между объективным заключением о

здоровье (по результатам клинических обследований) и его субъективным толкованием (индивидуальное восприятие и оценка пациентом своего состояния).

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить следующее.

1. Многочисленные публикации по вопросам здоровья в современной зарубежной социологической литературе отражают интерес к нему как многогранному феномену, позволяющему рассматривать его на стыке различных общественных и естественных отраслей знаний.
2. Объективный подход к понятию "здоровье" акцентирует внимание в первую очередь на физическом состоянии индивида как исключительно биологической системе вне связи с факторами и условиями окружающей среды. Это противоречит пониманию человека как биосоциального существа в единстве с природными и социальными условиями жизнедеятельности.
3. Чисто эмпирическое понимание здоровья также не учитывает взаимосвязь объективных и субъективных характеристик, присущих индивиду, его общие, особенные и единичные свойства, а также многочисленные количественно-качественные отношения в различных сферах его жизнедеятельности.
4. Подобный подход ограничивает представления о здоровье в основном рамками практической медицины и существенно затрудняет исследование многомерности этого явления, в частности как одного из важнейших индикаторов качества жизни.
5. Субъективное понимание здоровья позволяет рассматривать его в системе человеческих ценностей прежде всего как важное условие достижения определенного уровня благополучия, в частности ощущение индивидом психофизического комфорта и возможности полноценно проявлять себя в различных сферах жизнедеятельности.
6. Субъективный подход ставит вопрос об измерении человеческого благополучия, в частности определении его количественно-качественных критериев и смыслового содержания.
7. Ощущение психофизического комфорта и субъективного благополучия (на что делается акцент в субъективном подходе) может наблюдаться и при разрушительных для здоровья формах поведения (избыточное питание, злоупотребление алкоголем, недостаточная двигательная активность и др.). Это лишает чисто субъективное понимание здоровья его биосоциальной значимости.

В статье анализируются подходы к содержанию понятия "здоровье", разрабатываемые в зарубежной социологии. В целом выделяются два основных направления: объективный и субъективный. Объективное направление рассматривает здоровье с нормативной точки зрения, акцентируя внимание преимущественно на биологической основе этого явления. Субъективное направление исследует проблему здоровья с аксиологических позиций в иерархии общечеловеческих ценностей. Дается критическая оценка этих направлений в русле общих тенденций зарубежной социологической мысли.

Ключевые слова: *здоровье, патология, биосоциальная деятельность, социокультурное окружение, качество жизни*

The analysis of approaches to the notion "health" in foreign sociology

D.A. Izutkin

The article deals with the approaches to the content of notion "health" elaborated in foreign sociology. In general, two main directions

are distinguished: objective and subjective. The objective direction considers health from normative point of view focusing mainly on the biological foundation of this phenomenon. The subjective direction examines the issue of health from axiological position in the hierarchy of universal human values. The critical assessment of these directions is provided in framework of general trends of foreign sociologic thought.

Key words: *health, pathology, biosocial activity, social cultural environment, quality of life*

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Тульчинский Т. Х., Варавикова Е. А. Новое общественное здравоохранение. — Иерусалим, 1999.
2. Boorse C. // Philosophy Publ. Affaires. — 1975. — Vol. 5. — P. 49—86.
3. Boorse C. // Philosophic. Rev. — 1976. — Vol. 85. — P. 70—87.
4. Boorse C. // Philosophy Sci. — 1977. — Vol. 44. — P. 542—573.
5. Boyd K. M. // Principles of Health and Ethics / Ed. R. Gillon. — Chichester, 1994. — P. 812.
6. Canguilhem G. La sante concept vulgaire et question philosophique. — Balma, 1990.
7. Canguilhem G. The Normal and the Pathological. — New York, 1991.
8. Engelhardt H. T. // Contemporary Issues in Bioethics / Eds T. L. Beauchamp, L. Walters. — Belmont, 1982. — P. 73—75.
9. Fedoryka K. // Med. Philosophy. — 1997. — Vol. 2. — P. 143—160.
10. Fulford K. W. M. // Theoret. Med. — 1983. — Vol. 14. — P. 305—320.
11. Goosens W. // Philosophy Sci. — 1980. — Vol. 47. — P. 100—115.
12. Hare R. M. // J. Med. Ethics. — 1985. — Vol. 12. — P. 172—181.
13. Lennox J. // J. Med. Philosophy. — 1995. — Vol. 20. — P. 499—511.
14. Mordacci R. // Med. Philosophy. — 1995. — Vol. 20. — P. 475—497.
15. Nordenfelt L. On the Nature of Health: An Action Theoretic Approach. — Dordrecht, 1987.
16. Nordenfelt L. // Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care / Ed. L. Nordenfelt. — Dordrecht, 1994. — P. 35—57.
17. Sade R. M. // J. Med. Philosophy. — 1995. — Vol. 20. — P. 513—525.
18. Scaddling J. C. // J. Med. Ethics. — 1988. — Vol. 14. — P. 118—124.

Поступила 15.10.10

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

© П. В. ШУРУПОВА, 2011
УДК 614.252.2:331.108.45

Р. В. Шурупова

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ ВРАЧА-ПЕДАГОГА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛАХ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2006—2010 ГГ.)

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

Модернизация социальных институтов в соответствии с новой социальной реальностью и глобальными тенденциями современности предполагает необходимость формирования социальной роли врача-педагога.

Позиция врача как носителя определенных ценностей и норм, члена социальной группы, личности, его поведенческие установки и реальные действия являются определяющими в вопросах качества оказываемых медицинских услуг и обеспечения стабильного функционирования системы здравоохранения в новых условиях [2]. В этой связи резко возрастает роль врача-педагога в процессе передачи и усвоения специальных знаний. Специалисты высокого класса постоянно выступают и как эффективные педагоги; недаром гений и великий организатор отечественной медицины Н. И. Пирогов был одновременно и незаурядным организатором системы образования в целом, и медицинского образования в частности. Проблема включения педагогического компонента в подготовку специалистов-медиков как в определенном смысле практических социологов и педагогических психологов во всем объеме проявилась в отечественной медицине в начале нового века. При этом в первую очередь должен повысить уровень педагогического мастерства врач-педагог медицинского вуза. Предлагая новые методы такого по-

вышения, мы исходили из того, что социологическое обеспечение подобного рода работы должно стать систематическим.

С точки зрения социологии медицины современный врач-педагог медицинского вуза реализует инновационные образовательные программы, открывая новые возможности для повышения усвояемости знаний и умений обучающихся через их подключение к выполнению совместной профессиональной деятельности, а также к решению исследовательских социологических задач.

Рассматривая преподавателя как менеджера, организующего учебно-воспитательный процесс и управляющего им, согласимся с положением, справедливо отмечаемым акад. РАМН, профессором А. В. Решетниковым: "Усложнение экономической ситуации ставит перед менеджерами все более сложные задачи, предъявляет высокие требования не только к их квалификации, но и к личности. Медико-социологические исследования проблем менеджмента требуют выяснения общественного мнения и оценок: состав и рост личных ценностей; изобретательность и восприимчивость к инновациям; высокая способность влиять на окружающих; умение обучать и расширять объем знаний у подчиненных" [6].

Совместно с рядом педагогов-экспериментаторов нами проводилась опытно-экспериментальная работа, основной целью которой была проверка новых форм

Р. В. Шурупова — канд. пед. наук, доц. (akraisai@gmail.com)

внедрения педагогического компонента в подготовке врачей. В Первом Московском государственном медицинском университете им. И. М. Сеченова (Первый МГМУ), на медицинском факультете Российского университета дружбы народов (РУДН) в образовательный процесс по дисциплинам "Педагогика" и "Педагогические технологии" включали новые формы поисково-творческого образования, а также методы организации эвристической деятельности обучающихся педагогов в блоке учебного материала "Основы эвристико-инновационной педагогики".

Кроме того, в рамках "внутрифирменного" обучения проводились рефлексивно-эвристические семинары и практикумы с преподавателями различных кафедр. Основные темы были посвящены раскрытию для преподавателя таких понятий, как "инновация", "новшество", "инновационные процессы в образовании", "структура эвристико-инновационной деятельности педагога", "технология введения новшеств в образовательный процесс" и др.

В указанном блоке изучались модели вариативного образования, отличающиеся авторским подходом в трактовке идей с акцентом на гуманистическую педагогику.

Слушатели рассматривали различные типы учебных медицинских заведений в России и за рубежом — с их целевыми установками, особенностями организационной структуры, содержанием образования и воспитания, описанием практического опыта работы.

В ходе реализации этого блока в учебном процессе факультетов последиplomного образования врачей-педагогов медицинских вузов особое внимание уделялось технике разработки и проведения эксперимента на уровне собственных программ, концепций обучения и воспитания, практических методик и обучающих технологий, что сопровождалось изучением концепции, нормативно-правовых документов в реально существующих учебных заведениях, характеризующих инновационной направленностью, и различных их подструктур.

Программа обучения была рассчитана на 30 ч, включала 10 теоретических конструкторов и предусматривала проведение лекционных, семинарских и "лабораторных" занятий, а также организацию самостоятельной исследовательской работы. На лекционные занятия выносились теоретические вопросы, обеспечивающие целостное понимание ключевых проблем инновационной педагогики, закладывающие методологические и научные основы для последующей самостоятельной работы преподавателя медицинского вуза.

Важнейшим является раздел, посвященный основным положениям инноватики в медицине: в чем сущность нововведений в профессиональном образовании; чем определяются этапы инновационных процессов; какие методы применять, как их анализировать; чем характеризуется эвристико-инновационная среда; как определить готовность педагогического сообщества медиков к организации нововведений; чем определяются социокультурные предпосылки нововведений.

Семинарские занятия предусматривали осмысление ведущих идей эвристико-инновационной педагогики, формирование аналитических умений и концептуальных подходов на основе ее модификаций в медицинском образовании. Слушатели давали оценку моделей образования на основе анализа педагогических концепций, занимались разработками авторских моделей

поисково-творческих учебных занятий со студентами. Лабораторные занятия способствовали формированию у слушателей готовности к работе в медицинских вузах инновационного типа, знакомству с технологией разработки и освоения различных новшеств, с методикой организации педагогического эксперимента, составления авторской учебной программы; проводился и социально-психологический тренинг по разблокированию барьеров творческой деятельности.

Определяющим было создание положительного отношения к новшествам и эвристической деятельности, развитие у врача-педагога желания разработать и внедрить в образовательное пространство свою авторскую программу.

В процессе эксперимента подтвердилось, что формирование профессионально важных качеств у педагога-инноватора в медицинском вузе предполагает осознание им ответов на следующие вопросы: каковы факторы эффективности инновационной деятельности; как сделать инновационную программу; как применять методы генерирования новых идей; как действовать при реализации инновационной программы; как организовать восприятие новшеств коллегами, студентами, администрацией вуза.

В процессе социолого-педагогического эксперимента осуществлялось согласование разных ролей участников этого процесса, изучение возможностей целенаправленного воздействия на их поведение с учетом возникновения их ролевых позиций: содействия инициативам, противодействия им или бездействия. Как известно, эти вопросы в традиционных курсах социологических и педагогических дисциплин специально не рассматриваются, что создает у слушателей впечатление об инновационном процессе как о происходящем в вакууме, что, безусловно, ошибочно, особенно в подготовке высококвалифицированных медиков.

Рефлексивно-инновационный практикум был направлен на развитие эвристического потенциала у обучающегося врача-педагога, под которым подразумевается его способность не только создавать новшества в науке и практике, но и творчески относиться к своему труду, побуждать студентов к решению различных проблемных ситуаций. Это имеет особое значение для врачей-педагогов, так как динамизм и сложность современной ситуации требуют от них освобождения от привычных стереотипов профессиональной деятельности. При этом отличительной особенностью их деятельности выступает способность самому определять процесс введения новшеств в практику вузовского обучения.

Проведенный эксперимент показал, что процесс развития инновационного поведения через "расшатывание" (переструктурирование) стереотипов, препятствующих созданию и введению новшеств, осуществляется с опорой на диалог, дискуссию, рефлексивную инверсию, интервью [4].

Искушенность в творчестве предполагает необходимость искушения творчеством, культивирования профессиональных способностей в процессе сотворчества. Суть методов рефлексивного культивирования состоит в их принципиальной инновационной открытости по отношению к каждой педагогической задаче в созидательном смысле. Одной из основных задач поэтому являлось создание благоприятной инновационной среды в образовательном пространстве медицинского вуза. И опыт показал, что участники рефлексивно-ин-

новационного практикума благодаря интенсивному проживанию социально-педагогической реальности в короткий период вполне успешно преодолевали многочисленные стереотипы.

При этом практикум позволил обучающимся эффективно актуализировать прежний индивидуальный опыт, переосмысливая его с ориентацией на проблемы высшей школы будущего. Потребность в таком переосмыслении появлялась при столкновении обучающихся врачей-педагогов с проблемно-конфликтными ситуациями, когда прежний опыт в качественно изменившихся условиях не способен обеспечить положительных результатов в профессиональной области. Такую ситуацию можно охарактеризовать как творческий кризис, в котором имеются и положительные, и отрицательные моменты. Положительное состоит в том, что состояние кризиса способствует поиску нового, однако если достичь этого не удастся, то дальнейшее развитие ситуации может привести к саморазрушению. В результате создания особой творческой эвристической среды не только происходит обмен информацией по какой-либо проблеме, но также удается объективировать новый смысл, который в дальнейшем будет положен в основу инновационной деятельности.

Рассмотрим подробнее апробированные методы, позволяющие реализовать инновационное поведение врача-педагога. К ним в первую очередь относится развивающийся проблемно-рефлексивный полилог. Целью являются актуализация и развитие у обучающегося творческих возможностей для самостоятельного осмысления проблем эвристико-инновационной деятельности и к принятию инновационных решений. Реализация такого метода в эксперименте состояла из следующих этапов.

1. Нарботка проблем, где каждый участник, не повторяя предыдущего, структурирует и конкретизирует проблемы.
2. Выдвижение идей по решению данных проблем.
3. Коллективное обсуждение этих идей и способов их практической реализации, генерирование вариантов их решения.

Исполнительный смысл организации полилога по "круговой" структуре состоит в том, чтобы, во-первых, обеспечить развивающий эффект не только для наиболее "продвинутых" в постановке и решении различных проблем педагогов, но и для менее осведомленных и творческих обучающихся. Посредством "запрета" выдвинутой ранее идеи на повторение каждым участником достигается эффект максимально продуктивного осмысления выдвинутых альтернативных решений.

Позиционная дискуссия позволяет не только сформировать банк данных о различных педагогических новшествах, но и обеспечить процесс их критического анализа, что предполагает деление учебной группы на 3 части.

Первая группа сосредоточивает внимание на выработке проекта новшества, допуская критику выдвигаемых решений.

Вторая группа выясняет альтернативные варианты относительно предложенного новшества и, основываясь на этом, опровергает утверждения первой группы. Обязанность третьей группы — осуществление синтеза и выработка компромиссных путей решения. Далее группы меняются ролями по кругу, и весь цикл повторяется снова.

В практике обучения возникают ситуации, когда предлагается сразу несколько проектов, каждый из которых содержит конструктивные предложения. В этом случае проводится "аукцион решений" на общем пленуме. Аналитическая экспертиза осуществляется при помощи механизма "продажи" разработанных проектов, "деньгами" выступают последствия от их внедрения. В результате те из них, которые набрали наибольшее количество негативных последствий, исключаются из списка альтернатив.

Основная цель работы на экспериментальной площадке — включение педагогов в инновационный эвристический процесс, в котором они вместе с обучающимся преподавателем апробируют свои авторские программы, определяют способы внедрения новшеств, оценивают их эффективность. Групповая исследовательская работа составляет основу технологии организации студентов на экспериментальной площадке; одновременно проводится индивидуальная работа с обучающимся инструктором.

В ходе эксперимента были опробованы такие варианты: 2—3 обучающихся разрабатывают одну и ту же проблему, но с разных точек зрения, в разных возрастных группах студентов. Встречаясь один раз в месяц, педагоги сообщают о результатах своих исследований в ходе дискуссии и живого обмена мнениями.

В течение всего эксперимента преподаватели сотрудничали с руководителем семинара (обучающим педагогом) с целью "присвоения" инновационно-эвристического опыта в соответствии с личностными потребностями.

Занятия обучающего типа были направлены на овладение методами проведения инновационной работы, составлением карты наблюдений, уточнением авторских концепций, прогнозированием хода и результатов внедрения нововведения, трудностей, которые могут возникнуть, и т. д. Конечная цель заключалась в обучении построению целостной авторской концепции, чему предшествовало обсуждение в малых группах. В итоге эвристические действия участников и моделирование инновационной деятельности, рождающейся в процессе совместного поиска решения проблем, осваиваются врачами-педагогами и становятся их собственным средством, активно используемым при решении профессиональных проблем различной масштабности. Вот как оценивают инновационный эвристический процесс доцент Р. В. Шурупова и врачи-педагоги А. В. Пронин и Р. В. Разживин: "В большой степени успех методов активного обучения зависит от управленческих умений преподавателя, обстановки в аудитории, которая позволяет студентам не бояться рисковать и обеспечивает удовлетворение запросов студентов. Эти элементы особенно важны при использовании методов активного обучения со студентами, которые имеют мало опыта в содержании, методе, или в том, и в другом. Самые лучшие намерения преподавателя о проведении дискуссии в аудитории могут разбиться о молчание студентов, потому что они понимают, что именно преподаватель ожидает от них. Без адекватной структуры и подходящей среды неопытные студенты будут сопротивляться участию. Если вид деятельности является новым для большинства студентов, то такая деятельность должна быть тщательно структурирована и объяснена столько раз, сколько необходимо для того, чтобы студенты ее приняли" [7].

Представим результаты контрольного этапа эксперимента, на котором оценивались: I — готовность

Таблица 1

Уровни сформированности осознания врачом-педагогом необходимости непрерывного образования

Уровень	Качественная характеристика
Низкий	Врач-педагог лишь в общих чертах знаком с идеей непрерывного образования, которая его практически никак "не задевает" Врач-педагог не считает для себя обязательным участие в непрерывном образовании, не связывает с ним успешность собственной профессиональной деятельности
Средний	Врач-педагог знаком с идеей непрерывного образования фрагментарно, больше на уровне представлений, нежели на уровне системного знания, конкретные пути самореализации данной идеи представляет смутно Врач-педагог понимает в общих чертах значимость непрерывного самообразования для профессиональной реализации, видит некоторую положительную корреляцию между систематической самообразовательной деятельностью и профессиональной успешностью
Высокий	Врач-педагог владеет теоретическими и технологическими аспектами идеи непрерывного образования, анализирует соответствующие публикации и практический опыт коллег Врач-педагог видит тесную связь и зависимость между "участием" в непрерывном последипломном образовании и уровнем профессиональной реализации

педагога к продолжению непрерывного образования; П — эффективность реализации идей практико-ориентированного обучения в последипломном образовании педагога-медика. Их диагностика проводилась на основе сравнения ряда показателей до и после экспериментального обучения и их соответствующей мотивации.

По осознанию врачом-педагогом необходимости участия в непрерывном образовании были выделены 3 уровня (табл. 1).

С помощью специальных анкет и метода непосредственного наблюдения за характером образовательной и профессиональной деятельности были установлены статистические распределения врачей-педагогов экс-

Таблица 2

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Первого МГМУ (n = 150) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	51	34
Средний	38	42
Высокий	11	22

Таблица 3

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов медицинского факультета РУДН (n = 145) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	59	37
Средний	35	43
Высокий	9	20

Таблица 4

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Первого МГМУ (n = 118) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	51	36
Средний	42	49
Высокий	7	15

Таблица 5

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов медицинского факультета РУДН (n = 115) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	55	38
Средний	37	41
Высокий	5	11

периментальных групп по уровню сформированности мотивации к непрерывному образованию (табл. 2, 3).

Указанное распределение отслеживалось во второй серии эксперимента, который подтвердил релевантность данных, полученных в первой серии в Первом МГМУ и РУДН (табл. 4, 5).

Анализ полученных результатов показывает, что во всех представленных случаях исследуемое качество проявляет положительную динамику: количество врачей-педагогов, соответствующих низкому уровню его сформированности, уменьшается в процессе экспериментального преподавания; по среднему и высокому уровням соответствующий показатель, выраженный в процентах, повышается. Особенно впечатляющие результаты резкого увеличения высокого уровня мотивации отмечены среди врачей-педагогов Первого МГМУ. Здесь наблюдаются наиболее стабильные темпы повышения результативности этого показателя (в обеих сериях: от 11 до 22% в 2006—2008 гг. и от 7 до 15% в 2008—2010 гг.).

Перейдем к обсуждению второго оценочного показателя, включающего:

- уверенность в том, что все усилия, направленные на непрерывное образование, принесут значимый положительный результат;
- готовность к преодолению творческих неудач;
- позитивное восприятие своего прошлого опыта в свете инновационной образовательной деятельности.

Представим соответствующую уровневую схему, выявляющую сформированность многосоставного качества (табл. 6).

Отнесение респондентов к тому или иному уровню сформированности исследуемого качества, характеризующего различные аспекты сформированности ориентиров в области непрерывного образования, проводилось на контрольном этапе эксперимента по результатам выполнения респондентами творческого эссе, в котором предполагалось ответить на ряд вопросов.

1. Влияет ли непрерывное образование на Вашу профессиональную карьеру, по каким конкретно направлениям это влияние осознается Вами?

Дайте подробный развернутый ответ.

2. Что есть в Вашем понимании непрерывное образование:

Таблица 6

Качественные показатели сформированности готовности врача-педагога к непрерывному образованию и преодолению творческих неудач

Уровень	Качественная характеристика
Низкий	Врач-педагог не уверен в положительных результатах своего непрерывного образования (ни в быстро проявляемых, ни в "отсроченных"), не мотивирован к самообразованию, не в состоянии спланировать его, предпринимает по большей части случайные "шаги" в области непрерывного образования и если терпит неудачу, то быстро отказывается продолжать "движение" в выбранном направлении Врач-педагог практически никак не соотносит свой прошлый опыт с проектированием перспективных траекторий в области непрерывного образования
Средний	Врач-педагог проявляет общее понимание положительной корреляции между участием в непрерывном образовании и положительными результатами в профессиональной деятельности, однако целенаправленно спланировать самообразовательную траекторию затрудняется; творческие неудачи надолго тормозят его дальнейшее образовательное "движение" В своем прошлом опыте врач-педагог находит лишь отдельные фрагменты, которые сам может соотнести с выбором образовательной траектории
Высокий	Врач-педагог напрямую связывает участие в процессе непрерывного образования с личностной и профессиональной успешностью, творческие неудачи в большинстве случаев стимулируют продолжение исследовательского поиска в "усиленном режиме" Врач-педагог видит и осознает в диалектическом единстве рефлексию своего прошлого опыта и "вектора" перспективного непрерывного образования

- совокупность эпизодических "шагов", направленных на поддержание педагогом рабочего состояния, степени должного соответствия требованиям времени и задачам высшей профессиональной школы;
- вынужденная, "внешняя", социально детерминированная стратегия самообразовательной деятельности, которую необходимо системно реализовывать;
- один из способов индивидуального мировосприятия и адекватного "существования" в окружающей действительности вообще и в профессиональном микросоциуме в частности.

Дайте подробный развернутый ответ.

3. Вам на кафедре предлагается освоить новый учебный курс. Для этого требуется Ваше системное, кропотливое ознакомление с новым разделом научного знания и его педагогическое адаптирование. При этом в качестве обязательного требования это не выдвигается. Спрогнозируйте и обобщите Ваши действия, акцентируя на следующих возможных вариантах:

а) отказ от этой акции из соображений неоправданно высокой интеллектуальной затратности;

б) достижение с администрацией кафедры договоренности о том, что Вы начинаете работу, но в том случае, если почувствуете значительные трудности, сможете без отрицательных для себя последствий отказаться от предлагаемого проекта;

в) принятие данного предложения безоговорочно — с обязательством довести начатое до логического завершения.

Таблица 7

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Первый МГМУ (n = 150) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	71	44
Средний	25	40
Высокий	4	16

Таблица 8

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Медицинский факультет РУДН (n = 145) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	74	42
Средний	23	40
Высокий	3	18

Таблица 9

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Первый МГМУ (n = 145) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	66	38
Средний	29	47
Высокий	5	15

По предложенным вопросам была просьба дать подробный и обоснованный ответ с целью подтверждения релевантности полученных сведений.

Повторялся предыдущий вопрос с акцентом на поиске варианта педагогического адаптирования содержания нового учебного курса — от общей идеи до конкретных методических разработок и вариантов.

4. Предскажите и подробно обоснуйте Ваши действия, акцентируя одно из следующих:

а) полностью абстрагируюсь от собственного предшествующего опыта и начинаю работу с "чистого листа";

б) фрагментарно (интуитивно) использую элементы предшествующего опыта, не задаваясь целью органично соединить их с "рождающимся" эвристическим педагогическим продуктом;

в) систематически опираюсь на предшествующий опыт, реализую в максимально возможной мере идею преемственности этого опыта создаваемым эвристическим продуктам.

В содержании вопросов испытуемому врачу-педагогу и в перечне возможных ответов достаточно явно прослеживается корреляция между их содержанием и качественными уровневными характеристиками; уровневое распределение в различных экспериментальных группах было следующим (табл. 7, 8).

Проведенное повторное исследование в указанных вузах подтвердило релевантность результатов первого исследования (табл. 9, 10).

Таблица 10

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Медицинский факультет РУДН (n = 118) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	74	39
Средний	15	39
Высокий	11	22

Анализ представленных распределений показал, что, как и по предыдущему показателю, наблюдается положительная динамика: число респондентов, отнесенных к низкому уровню, в процессе экспериментального обучения уменьшается, а соответствующий показатель для высокого и среднего уровня повышается.

Обсудим динамику, выявленную по такому диагностическому показателю, как готовность врача-педагога к включению в творческую деятельность по проектированию содержания собственного непрерывного образования, выбору и реализации конкретных образовательных траекторий. На контрольном этапе эксперимента сравнивались показатели за год, предшествовавший экспериментальному обучению, и за год, следовавший за моментом его окончания (табл. 11).

Анализ показывает положительную динамику: по всем "положительным" показателям относительное (в процентах) число респондентов возрастает, о чем свидетельствует повышение всех показателей после экспериментального обучения по сравнению с теми, которые формировались до него.

Проведенная оценка позволяет подтвердить положение об эвристическом последипломном обучении врача-педагога вуза как корреляте эффективного не-

прерывного образования, а также подтвердить релевантность представленных в тексте методик.

На контрольном этапе эксперимента обучавшимся врачам-педагогам предлагалось выполнить ряд заданий, по результатам которых выявлялся уровень практической направленности полученных за время обучения знаний и практической применимости сформированных умений. При этом оценка в группах обучавшихся аспирантов и преподавателей, имевших опыт практической педагогической деятельности в высшем медицинском образовании, проводилась отдельно. В частности, обучавшимся аспирантам (начало 3-го года обучения в аспирантуре) на контрольном этапе предлагались следующие задания:

1) по конкретной дисциплине составить рабочую программу, исходя из заранее заданного преподавателем-экспериментатором объема самостоятельной аудиторной и учебной нагрузки, выраженного в академических часах, и его разбиения на лекции, семинарские и лабораторно-практические занятия, привести объяснительную записку с подробным обоснованием выдвинутого решения;

2) составить методические указания для студентов, изучающих конкретный раздел учебной программы или за целостный оконченный учебный курс;

3) разработать систему учебных заданий, применяемых при изучении конкретной учебной темы или нескольких тем.

На этом этапе оценки качества выполнения задания круг экспертов не ограничивался преподавателями педагогических кафедр: в него обязательно включались опытные преподаватели общепрофессиональных и выпускающих кафедр, соответствующих по профилю деятельности тем дисциплинам, которые преподавал оцениваемый аспирант.

Для обучавшихся врачей-педагогов на контрольном этапе эксперимента предлагалось задание: трансфор-

Таблица 11

Статистическая обработка результатов по готовности к включению в творческую деятельность и проектированию самообразовательных траекторий

Качественные показатели включенности в непрерывное образование	Количество их проявивших, %			
	Первый МГМУ		РУДН	
	2007 г.	2010 г.	2007 г.	2010 г.
По собственной инициативе подали заявление на прохождение цикла обучения на ФППК (краткосрочный цикл) и осуществили это	—	15	—	15
По собственной инициативе подали заявление на обучение по программе "преподаватель высшей школы" (двухгодичное очно-заочное обучение — 1080 ч) и приступили к этому процессу	1	20	—	25
Осуществили краткосрочное обучение основам функциональной грамотности за пределами университета:				
• по различным направлениям, связанным с информационно-компьютерными технологиями;	6	25	3	35
• по овладению английским языком на содержательном поле своей специальности;	—	18	3	25
• по другим формам и направлениям	5	15	10	35
Осуществили индивидуальный самообразовательный проект с представлением результатов для коллективного обсуждения научно-педагогического сообщества в виде:				
• доклада на заседании кафедры	—	15	2	25
• доклада на межкафедральной конференции	—	8	—	12
• доклада на университетских и междууниверситетских конференциях	—	15	—	17
• открытого занятия (лекционного, семинарского, практического)	3	28	—	15
• изданного учебника, пособия, руководства	—	10	1	16
• статьи в научном журнале	3	16	—	17
• монографии	—	—	—	6

Таблица 12

Результаты выполнения задания 1 врачами-педагогами (в %).
Первый МГМУ (n = 121) в 2009 г.

№ п/п	Вариант ответов респондентов	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1.	Привели никак не обоснованное "случайное" распределение материала по темам и видам занятий. При устном собеседовании представить дополнительную информацию затруднились	78	23
2.	Представили продукт, аналогичный п. 1; в процессе устного собеседования дали дополнительную разъясняющую информацию, однако не вполне логически и содержательно завершенную	20	57
3.	Представили подробное и глубоко продуманное обоснование содержания и почасовых нормативов учебного материала, исходя из степени значимости отдельных его блоков, принципов генерализации содержания и требований компактного расхода учебного времени с учетом необходимости повторения наиболее важных элементов изучаемого материала	2	20

мировать традиционное содержание темы или раздела конкретного учебного курса, чтобы в нем были реализованы тот или иной современный педагогический подход, идея, обучающая технология и т. п.

Были выделены диагностические показатели для аспирантов и преподавателей групп, обучавшихся по разработанным автором методикам (экспериментальная группа), в сравнении с аналогичными показателями для врачей-педагогов, которых в системе дополнительного профессионального образования обучали традиционно (контрольная группа; табл. 12).

Очевидно, что наиболее высокому уровню сформированности обсуждаемых дидактических умений будущего врача-педагога соответствует третий вариант ответа, по которому обнаружилось явное преимущество у обучающихся в экспериментальных группах, как и по второму показателю. Аналогичные показатели были обнаружены и у обучающихся в других экспериментальных группах.

Обучавшимся в системе дополнительного образования преподавателям, имеющим опыт педагогической деятельности в рамках задания 1, предлагалось провести трансформацию традиционного содержания темы в учебный блок, реализуемый посредством проблемного обучения (табл. 13).

Им был представлен фрагмент учебной информации по курсу "Нормальная физиология", в котором обсуждалось распределение скорости кровотока в разных отделах кровеносной системы человека. В этом фрагменте, в частности, обсуждалось, что по причине огромного количества одновременно функционирующих капилляров их совокупный просвет во много раз больше просвета крупного эластичного сосуда — аорты, куда кровь поступает непосредственно из левого

Таблица 13

Результаты выполнения задания 1 обучающимися врачами-педагогами (в %) с опытом педагогической деятельности

№ п/п	Результаты выполнения задания	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1.	Осуществлена попытка реализации представленного блока учебной информации в виде проблемного изложения, однако наиболее выигрышные варианты проблематизации содержания учебного материала упущены и не обеспечены методически	58	12
2.	Вариант реализации материала в виде проблемного занятия предложен лишь в эскизном виде; основная идея проблематизации "схвачена", но обоснованное методическое сопровождение отсутствует	37	45
3.	Представлен обоснованный вариант использования предложенного учебного блока в виде проблемного изложения с элементами эвристической беседы, в процессе которой врач-педагог намеренно создавал для обучающихся псевдопротиворечия (аорта гораздо шире одного капилляра и потому скорость в капилляре должна быть большой, что противоречит эксперименту), а затем проектировал вариант учебного диалога, в процессе которого это противоречие разрешалось	5	43

желудочка сердца. На основе этого был сделан вывод, что по этой причине скорость крови в капиллярах значительно меньше скорости в аорте.

Далее педагогам предлагалось реализовать указанный фрагмент учебной информации в логике проблемного изложения с элементами частично-поискового метода (в понимании И. Я. Лернера).

Анализ результатов показывает, что наиболее полный вариант трансформации учебного материала в логике проблемного обучения (ответ № 3) гораздо чаще (43%) реализовывался обучающимися в экспериментальной группе, наименее удачный (ответ № 1) более всего проявлялся в контрольной группе, в которой слушатели обучались по традиционным методикам.

Диагностические задания предполагают выявление сформированности и степени проявления у обучающегося врача-педагога важных дидактических умений в практической педагогической деятельности. Показана доля респондентов, у которых значимо проявляется исследуемое качество (табл. 14).

Приведенные результаты со всей очевидностью показывают, что спектр дидактических умений у респондентов по окончании экспериментального обучения гораздо богаче, чем на этапе констатирующего эксперимента. Это является одним из подтверждений результативности и эффективности разработанных новых методик обучения. Они направлены на осознание

Таблица 14

Результаты диагностики сформированности различных умений и качеств по результатам экспертной оценки у обучающихся врачей-педагогов (в %). Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (n = 121) в 2009 г.

№ п/п	Умение или качество	Констатирующий	Формирующий
1.	Врач-педагог не начинает излагать содержания лекции (семинара), не убедившись в наличии у обучающихся потребности в этом знании	10	58
2.	В течение лекции врач-педагог старается обеспечить потребность в усвоении ее содержания	15	37
3.	Врач-педагог убеждается в наличии у обучающихся опорных знаний для восприятия нового содержания	5	53
4.	Врач-педагог старается изложить содержание предельно ясно	5	53
5.	Врач-педагог поощряет вопросы в процессе лекции	3	27
6.	Врач-педагог старается ответить на все вопросы, даже если они за рамками содержания лекции	1	25
7.	Врач-педагог обращает внимание на формулировку вопроса (корректирующее)	15	38
8.	Врач-педагог проблематизирует обучающихся в процессе лекции (семинара)	1	25
9.	Врач-педагог поощряет появление во время лекции дискуссий	3	41
10.	Испытывает потребность в изменении традиционных методик	15	54
11.	Врач-педагог готов к обсуждению новых идей организации учебного процесса	20	85
12.	Врач-педагог выявляет факторы, мешающие творчески относиться к делу	4	38
13.	Врач-педагог идет на эксперимент в учебном процессе	16	28
14.	Врач-педагог одобряет и поддерживает творческий подход обучающихся	15	46
15.	Врач-педагог признает необходимость повышения своей квалификации	20	83

обучающимся преподавателем необходимости участия в непрерывном образовании и самообразовании, повышение уровня уверенности педагога в том, что усилия, затрачиваемые им на самообразование, принесут положительные результаты, его готовности к преодолению творческих неудач и к позитивному восприятию собственного опыта и, наконец, потребности к включению в творческую деятельность по проектированию непрерывного образования. Отметим, что в третьем тысячелетии врачи-педагоги уже не могут в методологическом плане апеллировать к отжившим догмам. В подтверждение этой концепции приведем ценные мысли известного педагога XIX в. П. Ф. Каптерова: "Брать убеждения и идеалы напрокат, как платье или

музыкальный инструмент, пассивно применяться к моде и господствующему течению — постыдно. Педагог должен открыто заявить, что он держится таких-то убеждений и идеалов, а они, воспитываемые, должны сами составить себе собственные идеалы и убеждения. Лишить других свободы в составлении убеждений и идеалов значит придавить их личность, отнять у них самое дорогое и, вместе, совершенно извратить педагогический процесс. Он будет тогда заключаться не в развитии самобытных личностей, а в фабрикации мелких людишек с одним общим клеймом" [3].

При экспертной оценке по указанным выше показателям в ряде случаев выявлена возможность ранжировать результаты по трехуровневым шкалам, включающим высокий, средний и низкий уровни сформированности у педагога исследуемых умений и качеств, на основе анализа ответов на специальные вопросы и результатов выполнения предложенных обучающим педагогом творческих заданий.

Обработка полученных результатов указывает на положительную динамику, выражающуюся двояко:

- либо через перераспределение числа обучающихся врачей-педагогов по уровням сформированности различных умений и качеств с итоговим увеличением в процессе экспериментального обучения числа врачей-педагогов с высоким и средним уровнями сформированности исследуемых умений и качеств;
- либо через рост относительного числа респондентов, проявивших сформированность того или иного дидактического или самообразовательного умения или качества, на этапе окончания формирующего эксперимента по сравнению с этапом эксперимента.

В заключение следует отметить, что у врачей-педагогов медицинского вуза должна быть возможность на высоком уровне поддерживать свою педагогическую квалификацию для качественной подготовки врача, соответствующей запросам здравоохранения [1].

На материалах социологического эмпирического исследования двух вузов России (2006—2010 гг.) прослежена необходимость формирования социальной роли врача-педагога, поддержки и регуляции его новых деятельностных возможностей, обеспечения вариантов реализации социального и профессионального потенциала врачей-педагогов, адаптации их к социолого-педагогическим инновациям.

Ключевые слова: социологическая подготовка врачей-педагогов, повышение квалификации преподавателей, мотивация, изобретательность и восприимчивость к инновациям

The formation of social role of physician-pedagogue in the system of continuous postgraduate training based on the materials of the empirical study 2006-2010

R.V. Shurupova

The data of sociologic empirical study (2006-2010) was used to monitor the need in formation of the social role of physician-pedagogue. The study included such aspects of physician-pedagogues as the support and regulation of new possibilities, the provision of alternatives in realization of social and professional potential, the adaptation to sociologic pedagogic innovations.

Key words: sociologic training of physician-pedagogue, pedagogue training, motivation, inventiveness, susceptibility, innovation

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов И. Н., Чекнёв Б. М., Косарев И. И. Гармонизация высшего медицинского образования России. Настоящее и будущее / Под ред. М. А. Пальцева. — М., 2007. — С. 373—380.
2. Ефименко С. А. Социальный портрет участкового врача-терапевта / Под ред. А. В. Решетникова. — М., 2005. — С. 12.

3. Кантеров П. Ф. Избранные пед. соч. — М., 1982. — С. 207.
4. Попков В. А., Коржуев А. В. Дидактика высшей школы. — М., 2004. — С. 114—125.
5. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. — М., 2002.
6. Решетников А. В. // Социол. мед. — 2007. — № 1. — С. 4.
7. Шурупова Р. В., Пронин А. В., Разживин Р. В. // Итоги реализации программы формирования инновационного образовательного пространства ММА им. И. М. Сеченова: Материалы науч.-метод. конф. сотрудников Академии, посвящ. 250-летию ММА им. И. М. Сеченова. — М., 2007. — С. 228. Поступила 30.09.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 614.2:616-07

Ю. И. Бравве, Т. К. Федорова, С. А. Песков, Н. Н. Величкина, А. Б. Масленников

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО НОВОСИБИРСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В КОНТЕКСТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр

В современных условиях здоровье граждан страны стало важнейшей общенациональной проблемой России. Состояние физического и духовно-нравственного здоровья российской нации достигло пределов, за которыми явно просматривается угроза национальной безопасности России, ее будущего. Многие годы в стране наблюдается ухудшение здоровья населения, сокращается средняя продолжительность жизни, растет смертность, особенно в трудоспособном возрасте, увеличивается число лиц, злоупотребляющих табакокурением, алкоголем и использующих наркотические вещества. Кризис общественного здоровья явился следствием резких изменений социально-экономических условий жизнедеятельности людей [1, 2, 18—20].

Новосибирск является одним из крупнейших административных и промышленных центров Российской Федерации. В регионе сосредоточены ведущие предприятия оборонного комплекса, среднего и тяжелого машиностроения, других ресурсоемких производств. За последние годы в Новосибирской области и городе отмечается существенный рост заболеваемости лиц трудоспособного возраста болезнями сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, нейроэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата. Ухудшается репродуктивное здоровье работающего населения. Охрана здоровья трудовых ресурсов страны в целом и отдельных регионов — одна из важнейших медико-социальных задач системы здравоохранения [3, 12—15, 24, 25].

В сложившейся ситуации исследования социально-экономического потенциала общественного здоровья, установление принципов его формирования позволяют составлять научно обоснованные прогнозы и принимать оперативные, текущие и стратегические управляющие решения, позитивно модернизирующие и/или лимитирующие негативные тенденции в развитии здравоохранения. В этом контексте следует воспринимать подходы к модернизации системы здравоохранения, очерченные в разработанном Минздравсоцразвития Российской Федерации проекте концепции развития здравоохранения России до 2020 г. [3, 7, 14].

Модернизация системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования (ОМС) включает в себя соблюдение преимущественно страховых принципов финансирования медицинской помощи, в том числе переход от сметного финансирования к оплате за объемы и качество оказанной медицинской помощи в системе ОМС. Законодательно установлен минимальный размер страхового взноса на ОМС неработающего населения, определен порядок предоставления гражданам медицинской помощи по программам государственных гарантий, обеспечено соответствие гарантированной медицинской помощи стандартам, утвержденным Минздравсоцразвития Российской Федерации. Формирование и финансовое обеспечение территориальных программ ОМС должно осуществляться с учетом половозрастного состава и состояния здоровья населения в регионах РФ. Предусматривается обеспечить развитие конкурентной модели на основе равного доступа медицинских организаций различных организационно-правовых форм к реализации территориальных программ ОМС [8—10, 14, 22, 25—27].

Как в рамках государственных медицинских учреждений, так и при использовании коммерческих медицинских учреждений для профессионального достоинства медицинских специалистов должно быть важно, чтобы населению соответствующего населенного пункта, района, региона было предоставлено доступное, полноценное и на современном уровне обеспечение (востребованное) медицинской помощью, потому что именно в этом состоит смысл деятельности и самого существования медицинских учреждений, к какой бы форме они не принадлежали [15, 21].

Материально-технические возможности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), особенно первичного звена, где в соответствии с этапом медицинской помощи оказываются догоспитальные, внегоспитальные и реабилитационные медицинские услуги, зависят от реалий системы здравоохранения в данном регионе, от состояния экономики здравоохранения страны в целом. Экономика страны в настоящее время находится в стадии преодоления последствий мирового экономического кризиса, что диктует необходимость максимально рационального расходования средств, в том числе и на здравоохранение. Стратегия развития материально-технических возможностей ЛПУ должна основываться на разработке прогнозов процессов, характеризующих здо-

Ю. И. Бравве — д-р мед. наук, главврач (secrdc@ngs.ru);
Т. К. Федорова — зам. главврача по медчасти (8-383-226-17-97);
С. А. Песков — д-р мед. наук, проф., рук. лабслужбы (8-383-225-35-94); *Масленников А. Б.* — канд. мед. наук, зав. обл. науч.-практич. лаб. ДНК-диагностики (8-383-226-09-73)

ровые населения, которые, в свою очередь, должны определить востребованность в перспективе медицинских технологий, для реализации чего необходимо сформировать эффективную структуру здравоохранения с обеспечением соответствующей деятельности медицинских служб и организаций [6, 9, 17].

Медицинская наука обогатила клиническую практику новыми высокоинформативными функциональными, лабораторными и аппаратно-инструментальными технологиями и существенно изменила не только наши прежние представления об этиологии, патогенезе и принципах лечения многих заболеваний, но и со всей остротой поставила ряд вопросов о своевременности, доступности, комплексности, автоматизации и качестве консультативно-диагностического процесса [3, 4, 11].

В качестве конкретного примера можно привести созданный в 1989 г. Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр (ГНОКДЦ), в котором было сосредоточено самое современное высокотехнологическое медицинское оборудование рентгенологического, функционального и лабораторного профиля. Данная аппаратура с момента установки оказалась задействованной по полной плановой нагрузке, а квалификация специалистов диагностического центра абсолютно соответствовала уровню, необходимому для работы на таком современном оборудовании. В то же время сформированные потоки пациентов позволили лечебным учреждениям амбулаторного и стационарного профиля Новосибирской области в полной мере воспользоваться новыми диагностическими возможностями. Оборудование позволило увеличить спектр диагностических услуг, их точность, достоверность и доступность для населения. Исходя из принципа, что своевременная диагностика является залогом наиболее успешного и эффективного лечения пациентов с любыми формами заболеваний, нельзя не отметить, что инвестиции в ГНОКДЦ позволили сделать в тот период качественный инновационный рывок в развитии здравоохранения Новосибирской области. Сегодня в различных подразделениях ГНОКДЦ получают высококвалифицированную и специализированную помощь более 200 тыс. пациентов в год, из них 55% составляют лица трудоспособного возраста [3—5, 11, 15].

Диагностика в настоящее время — практически самостоятельное направление медицины, особенно в специализированных условиях регионального многопрофильного диагностического центра. Следовательно, для диагностического центра нужна своя концепция работы, "ноу-хау", позволяющее выделить стратегические задачи по охране здоровья населения, организации медицинской помощи в конкретном учреждении и разработать тактические пути их решения. Одним из направлений его деятельности как раз и является повышение авторитета медицинской диагностики и региональных многопрофильных диагностических центров в глазах врачей различных специальностей. Сегодня отмечается "некоторый разрыв" между первичным (поликлиническим) звеном и крупными высокотехнологичными многопрофильными больницами. В то же время этот организационный "разрыв", по нашему мнению, может успешно восполняться деятельностью диагностических центров субъектов РФ. Однако отсутствие их централизованного переоснащения и комплексного финансирования для поддержки технологических возможностей усложняет решение задач, возложенных на них [11, 16].

Диагностическая служба Новосибирской области в настоящее время представлена: ГНОКДЦ, городскими и межрайонными диагностическими центрами, централизованными лабораториями и диагностическими отделениями медицинских учреждений. Наиболее значимое место в обеспечении населения Новосибирской области медико-диагностической помощью занимает ГНОКДЦ, где имеется современная медицинская аппаратура, передовые медицинские технологии и безопасные методы; обеспечивается комплексное обследование в кратчайшие сроки; предлагается широкий спектр консультативной помощи врачей-специалистов по основным разделам клинической медицины; гарантированы доступность, качество медицинских услуг и высокая культура обслуживания [4, 11, 23].

Консультативно-диагностическая помощь позволяет, используя ресурсы ГНОКДЦ, установить клинический диагноз, уточнить сопутствующую патологию, дать индивидуальные рекомендации по тактике ведения пациента согласно современным критериям доказательной медицины. В консультативном отделе ведут прием врачи по 15 специальностям для взрослых и 8 — для детей.

Медико-генетический отдел в структуре ГНОКДЦ (и на его базе медико-генетическая служба Новосибирской области) обеспечивает возможность проведения медико-генетического консультирования на основе использования не только клинико-генеалогического метода, энзимологического анализа, биохимического селективного скрининга болезней обмена веществ, кариотипирования, но всего консультативно-диагностического потенциала КДЦ. Кроме того, учитывая чрезвычайную важность и социальную значимость профилактики наследственных и врожденных заболеваний, в отделе в 1998 г. открыли центр мониторинга врожденных пороков развития и множественных врожденных пороков развития. Медико-генетическое консультирование — это вид специализированной медицинской помощи, оказываемой с целью профилактики заболеваний, этиология которых включает наследственные факторы. Эффективность семейного генетического консультативного приема сегодня обусловлена раскрытием генетической компоненты и молекулярных основ патогенеза многих заболеваний, что обеспечивает возможность точной клинической и достоверной лабораторной диагностики, в том числе пренатальной. Создание программы регистра наследственной патологии Новосибирской области и мониторинга ВПР и МВПР — одна из важнейших задач, которая в течение последних лет успешно решалась специалистами медико-генетического отдела ГНОКДЦ. В итоге реализации этого проекта появилась реальная возможность решить актуальные проблемы специализированного медико-генетического отдела: компьютеризация рабочего места врача-консультанта; объединение рабочих станций в компьютерную сеть; создание базы данных пациентов; использование баз данных лабораторных подразделений ГНОКДЦ с одновременной регистрацией в истории болезни; возможность диспансерного учета отдельных групп пациентов при наследственной патологии; статистическая обработка данных по всем разделам работы. Обратная связь с лабораторными подразделениями обеспечивает ускоренное поступление результатов проведенных анализов непосредственно в карты пациентов. Простота пользования, широкие функциональные возможности и высокая производительность компьютерной программы позволили врачам медицинским генетикам перейти к принципиально новой форме

работы с семьей на приеме. В настоящее время работа врача-генетика осуществляется в режиме постоянного ведения регистра, что позволяет надежно хранить информацию о семьях. Для верификации наследственной патологии и дифференциальной диагностики заболеваний применяются новейшие диагностические технологии и программы. При необходимости врач-генетик назначает специальные исследования: цитогенетический анализ, биохимический селективный скрининг и энзимологический анализ (энзимодиагностика) и др.

Кроме того, в ГНОКДЦ осуществляются комплексные лабораторно-диагностические исследования по 450 видам; оказывается консультативно-диагностическая и реабилитационная помощь лицам, подвергшимся воздействию радиации; функционирует областной и Западно-Сибирский региональный регистр лиц, подвергшихся радиационному воздействию при аварии на Чернобыльской АЭС, и межобластной экспертный Совет по установлению причинной связи заболеваний лиц, подвергшихся воздействию радиационного фактора.

На базе ГНОКДЦ функционирует областная военно-врачебная комиссия (ОВВК) по военно-врачебной экспертизе граждан, подлежащих призыву на военную службу. Сотрудники ОВВК и врачи-специалисты ГНОКДЦ проводят активную работу в военкоматах районов Новосибирской области по освидетельствованию призывной молодежи, причем число освидетельствованных лиц растет из года в год. За период 2006—2010 гг. в отделе военно-врачебной комиссии число освидетельствованных лиц составляет 11 000.

В то же время в ГНОКДЦ работают два дневных стационара (в две смены) по основным клиническим направлениям (общесоматическое, неврологическое, педиатрическое, гинекологическое). На его базе проводится обследование по 15 диагностическим комплексам, разработанным специалистами диагностического центра. Целью функционирования дневных стационаров является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, повышение экономической эффективности за счет использования стационарзамещающих технологий.

Сотрудниками ГНОКДЦ проводится консультативно-выездная работа в сельских районах Новосибирской области. За 2006—2010 гг. жителям села проведено более 33 тыс. консультаций и различных аппаратно-инструментальных и клиничко-лабораторных исследований.

Современные методы медицинской визуализации — это рентгенологические методы диагностики (компьютерная томография — КТ, различные рентгенологические исследования); ультразвуковые (УЗ) методы диагностики заболеваний сердца, внутренних органов, поверхностных структур, половых органов, сосудов различной локализации; эндоскопические методы диагностики (бронхолегочной патологии, заболеваний пищеварительного тракта и др.). В ГНОКДЦ используется современное оборудование и расходные материалы, что резко снижает рентгеновское лучевое воздействие на пациента. Кроме комплекса стандартных методик обследования (грудной клетки, костей скелета, органов желудочно-кишечного тракта), применяются и специальные методики: экскреторная урография (контрастный метод диагностики заболеваний почек и мочевыводящих путей); гистеросальпингография для установления причины бесплодия; комплексное обследование молочных желез (маммография, дуктография, УЗИ,

морфологическая диагностика) для максимально раннего выявления рака молочной железы. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) позволяет с высокой степенью достоверности диагностировать патологию головного мозга, пазух носа, орбит, органов грудной клетки, костей скелета, органов брюшной полости и забрюшинного пространства (печени, почек, поджелудочной железы, селезенки, надпочечников). Особенно важную роль КТ играет в выявлении онкопатологии.

Современная аппаратно-инструментальная функциональная диагностика — исследования сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нейрофизиологические исследования центральной и периферической нервной систем. В условиях ГНОКДЦ применяются как широко известные (велозргометрия, ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ), фармакологические пробы), так и новые, высокотехнологичные методы. К последним относятся ЭхоКГ с цветным доплером, ЭхоКГ плода, нагрузочные тесты под контролем УЗИ (стресс-ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления. Врачи-функционалисты накопили огромный опыт в выявлении врожденных пороков сердца плода. Кроме того, врачи выполняют большой объем исследований сосудистой системы и функции внешнего дыхания.

Многопрофильная лабораторная диагностика в ГНОКДЦ характеризуется широкими возможностями автоматизированной лаборатории, которые позволяют проводить биохимические, гематологические и иммуноферментные исследования, применять новейшие методики для исследования иммунного статуса, иммуноферментного анализа гормонального статуса, онкомаркеров и инфекций, а также выполнять морфологические исследования (гистологические, цитологические и иммуногистохимические) и разноплановые молекулярно-генетические и цитогенетические исследования [4, 11, 23].

Областная научно-практическая лаборатория ДНК-диагностики является головным специализированным подразделением в системе здравоохранения области, использующим современные высокоточные уникальные молекулярно-генетические технологии и методы для диагностики как моногенных наследственных, так и других значимых для Новосибирской области заболеваний и их носительства. Основной целью лаборатории является использование имеющегося диагностического потенциала и постоянное его наращивание для эффективной помощи всем заинтересованным службам здравоохранения (медицинские генетики, кардиологи, онкологи, невропатологи, терапевты, акушеры-гинекологи, педиатры, инфекционисты и др.) в решении задач, стоящих перед ними. Диагностические методики, внедренные к настоящему времени, позволяют лаборатории осуществлять разноплановую молекулярно-генетическую диагностику в семьях, отягощенных по фе-нилкетонурии, миодистрофии Дюшенна и Беккера, мукосцидозу, гемофилии А, гемофилии В, синдрому Миллера—Дикера и Альпорта (X-сцепленный делеционный вариант), наследственным формам ряда первичных атерогенных гиперлипидемий, гемохроматозу, азооспермии, первичному бесплодию, невынашиванию и отягощенному течению беременности, тромбофилиям, генетически детерминированным нарушениям системы гемостаза, некоторым другим заболеваниям. При этом осуществляется как прямая детекция на основе применения комплекса высокотехнологичных методов и наукоемких технологий, охарактеризованных (в результате научно-практической работы лаборатории) ре-

Таблица 1

Выявленная впервые патология по социально значимым нозологическим формам в ГНОКДЦ за 2006—2010 гг.

Нозологические формы патологии	Количество случаев, абс.
Заболевания сердечно-сосудистой системы	5230
В том числе:	
ишемическая болезнь сердца (ИБС)	512
гипертоническая болезнь	1510
Хронические неспецифические заболевания легких	2298
Бронхиальная астма	1356
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	1584
Желчнокаменная болезнь	411
Хронические гепатиты и циррозы	761
Хронические болезни почек	553
Мочекаменная болезнь	704
Болезни щитовидной железы	3288
Сахарный диабет	705
Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата	1858
Заболевания нервной системы	9713
Рак молочной железы	1329
Рак желудка	657
Рак толстой кишки	541
Рак легких и бронхов	279
Доброкачественные новообразования желудка и пищевода	3620
Доброкачественные новообразования толстой кишки	1424
Доброкачественные новообразования легких	30
Туберкулез органов дыхания	252
Всего...	36 593

гиональных мажорных мутаций и делеций в структуре генов, так и косвенная ДНК-диагностика по информативным полиморфным генетическим маркерам сцепления. Диагностическая помощь населению Новосибирской области оказывается по программе ОМС. Ежегодно выполняется до 2000 разноплановых исследований (до 44% из них для жителей сельских районов области). Частота же любого из заболеваний, по которым сегодня в лаборатории выполняются молекулярно-генетические исследования, составляет 1:2500—1:15000 новорожденных, а носительство мутантных генов, ответственных за их развитие, составляет 1:40—1:100 жителей области. Взаимодействие лаборатории со всеми федеральными центрами медико-генетической службы Минздравсоцразвития РФ обеспечивает доступность их диагностических возможностей населению Новосибирской области и позволяет максимально полно обследовать семьи,отягощенные по невралной амиотрофии Шарко—Мари—Тута, адреногенитальному синдрому, спинальной амиотрофии Вреднига—Гоффманна, атаксии Фридрейха, синдромом Прадера—Вилли, Ангельмана, Мартина—Белл и др.

Выявленная впервые патология по ряду нозологических форм в ГНОКДЦ за 2006—2010 гг. представлена в табл. 1.

Как следует из табл. 1, за 2006—2010 гг. врачи-специалисты, используя диагностическую базу центра, смогли впервые выявить 36 593 различных заболевания. Среди первично выявленной патологии встречаются и редкие болезни (например, неспецифический язвенный колит — 57 случаев, болезнь Крона — 16 и др.), и социально значимые распространенные заболевания, обуславливающие длительную временную нетрудоспособность в период обострения, раннюю инвалидизацию и высокую смертность в трудоспособном возрасте.

С целью определения величины вклада терапевтического звена консультативной службы диагностического центра в диагностику терапевтической патологии проведено сравнение показателей функционирования терапевтической службы ГНОКДЦ и данных МИАЦ Новосибирска за 2007 г. По направлениям из амбулаторной сети города за терапевтической помощью в консультативный отдел центра обратилось 10 591 человек. Среди них 32,7% мужчин, 67,3% женщин, 40% составляют работающие и 17% — лица старше 60 лет [24]. Сравним статистические сведения о количестве болеющих и заболевших в 2007 г. по некоторым заболеваниям в Новосибирске и количеству проконсультированных с этой же патологией в КДЦ, величину первичной заболеваемости среди них. Сводные данные представлены в табл. 2.

В течение 2007 г. в городских поликлиниках диагноз ИБС был установлен 12,16% из числа всех обратившихся по поводу кардиалгий, однако в ГНОКДЦ выявляемость составила 26,9%. По данным Областного кардиологического диспансера выявляемость артериальной гипертензии в Новосибирске в разных поликлиниках колеблется от 7,1 до 10,3%. В то же время на консультативном приеме в ГНОКДЦ выявляемость данной патологии достигает 24,8%. Еще более страдает верификация бронхиальной астмы: в районных поликлиниках 5,68%, а в ГНОКДЦ — 21,23%. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки впервые диагностируется амбулаторной службой города в 9% случаев, в ГНОКДЦ — в 37%. Такая разница может быть обусловлена уровнем квалификации врачей-специалистов. Большинство врачей ГНОКДЦ имеют высшую квалификационную кате-

горию и ученую степень кандидата медицинских наук. Кроме того, немаловажным фактором эффективности диагностики терапевтической патологии широкого профиля является реальная доступность проведения современного комплексного, в том числе и высокотехнологического, обследования [4, 11, 24].

Примером интегрального подхода к диагностике заболевания может служить алгоритм обследования пациента с нарушением углеводного обмена эндокринологом ГНОКДЦ. На I этапе проводятся лабораторные и инструментальные исследования, на II — осмотр врачей-специалистов (по показаниям) и на III — семейное консультирование в медико-генетическом отделе ГНОКДЦ. Сахарный диабет впервые установлен в ГНОКДЦ у 37,1%, по городу — у 12,96% обследуемых.

Итак, высокий уровень квалификации медицинского персонала и рациональная организация труда позволяют обеспечить работу структурных подразделений и использовать имеющееся оборудование в 2,5—3,5 раза интенсивнее, чем в медицинских учреждениях Новосибирска и Новосибирской области [4].

За период 2006—2010 гг. ГНОКДЦ принято 1 929 157 пациентов, которым оказано 6 836 921 консультативно-

Таблица 2

Диагностика некоторых нозологических форм терапевтического профиля в ГНОКДЦ и ЛПУ Новосибирска

Нозология	Сведения МИАЦ Новосибирска		Терапевтическая служба ГНОКДЦ	
	количество больных	диагноз поставлен впервые	количество проконсультированных	диагноз поставлен впервые
ИБС	45 766	5566	601	162
Артериальная гипертензия	69 301	5150	609	151
Бронхиальная астма	8 976	510	372	79
Язвенная болезнь	11 511	1035	495	183
Сахарный диабет	18 840	2441	224	83

диагностических услуг, проведено 11 404 исследования и 39 506 пациенто-дней в дневном стационаре (табл. 3).

Чрезвычайно важно, что в ГНОКДЦ аппаратно-инструментальная диагностика совмещена с врачебными консультациями, а "приписным населением" является население всей Новосибирской области. Полный процесс верификации клинического диагноза для пациента в амбулаторных условиях ГНОКДЦ, осуществляющего консультативный прием по всем основным клиническим специальностям взрослых и детей, может происходить более эффективно за 1—4 дня, что обходится системе здравоохранения и государству почти в 10 раз дешевле, чем госпитализация того же пациента в стационар. Ярким примером сказанного является ежегодная верификация более чем у 1000 человек злокачественных онкологических заболеваний, что достигается взаимодействием всех структурных подразделений от консультативного отдела, отделения КТ, отделения УЗ-диагностики, отделения эндоскопии и других подразделений вплоть до отделения клинической патоморфологии (рис. 1). При этом ГНОКДЦ не только обеспечивает раннюю диагностику онкологической патологии (рис. 2), но имеет реальную возможность проведения персонализации и мониторинга эффективности химиотерапии на основе специфических биохимических маркеров, например при гемобластозах [4, 11].

Пациенты, как правило, направляются в ГНОКДЦ при наличии сложной диагностической ситуации, требующей участия в постановке диагноза нескольких специалистов и использования различных диагностических подходов. Для этого используются консультативно-диагностические модули по социально значимой патологии и более 200 алгоритмов по различным клиническим ситуациям, оптимизирующие обследование каждого конкретного пациента и весь консультативно-диагностический процесс в целом и обеспечивающие необходимое при этом взаимодействие всех подразделений диагностического центра.

Сотрудники консультативного отдела при необходимости организуют консилиумы. Особенностью работы врачей-консультантов диагностического центра является комплексность подхода при верификации диагноза и оперативность в проведении необходимых диагностических исследований. Современные методы диагностики (лабораторные, ультразвуковые, электрофизиологические

Таблица 3

Консультативно-диагностическая помощь в ГНОКДЦ за 2006—2010 гг.

Подразделение ГНОКДЦ	Число пациентов	Число консультаций и исследований
Консультативный отдел	209 982	540 629
Дневной стационар	4 282	11 404 исследования/39 506 пациенто-дней
Отделение функциональной диагностики	277 183	642 940
Отделение УЗ-диагностики	195 068	669 732
Рентгеновское отделение	190 735	301 859
Отделение рентгенокомпьютерной диагностики	38 024	42 461
Отделение эндоскопии	99 130	99 130
Клинико-диагностическая лаборатория	470 306	3 727 874
Отделение клинической патоморфологии	415 792	768 692
Медико-генетический отдел	16 851	21 759
Цитогенетическая лаборатория	2 430	3 298
Отдел медицинской помощи лицам, подвергшимся воздействию радиации	6 703	10 422
Областная научно-практическая лаборатория ДНК-диагностики	2 671	8 125
Всего...	1 929 157	6 836 921

и др.) активно используются в их работе. Доступность разнообразных методов диагностики в учреждении значительно повышает эффективность работы консультативной службы и врачей-специалистов ГНОКДЦ.

Процесс интеграции всех служб диагностического центра является основой для создания наиболее эффективной системы максимально раннего выявления основных неинфекционных заболеваний. Так, в ГНОКДЦ первичная диагностика патологии составила в среднем в терапевтической группе в разные годы от 32,5 до 39,1%. Кроме этого, диагностический центр располагает дополнительными возможностями расширения спектра диагностической помощи. В частности, к настоящему времени появились утвержденные протоколы и рекомендации по генетическому тестированию пациентов для персонализации медикаментозной терапии при гипертонической болезни, гиперлипидемиях, атеросклерозе, ИБС, онкологических, эндокринных заболеваниях, нарушениях системы гемостаза.

Современной концепцией функционирования и развития ГНОКДЦ на период 2010—2020 гг. [4] является обеспечение доступности для детей, взрослых и семей в целом в рамках одного ЛПУ на основе высокотехнологичных и инновационных медицинских технологий замкнутого цикла качественного многопрофильного комплексного консультативно-диагностического процесса (в том числе на догоспитальном, раннем постгоспитальном, внегоспитальном и реабилитационном этапах), позволяющего:

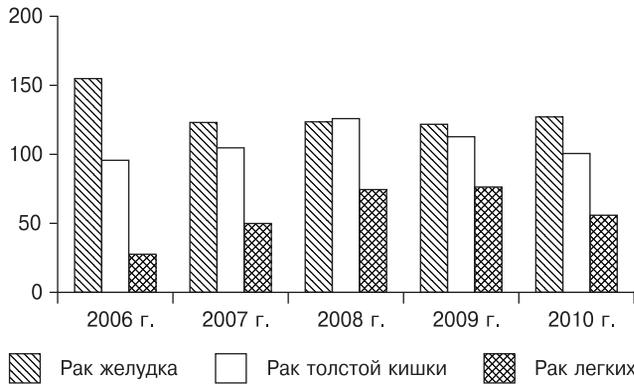


Рис. 1. Выявленные злокачественные опухоли желудка, легких и толстой кишки по итогам работы отделения эндоскопии за период 2006—2010 гг.

- давать достоверную комплексную оценку качества здоровья пациента (семьи);
- объективизировать выявление на доонкологической стадии пациентов (семей) с высоким риском развития распространенной социально значимой неинфекционной и инфекционной патологии и формировать из них группы для последующего динамического наблюдения и периодического обследования;
- обеспечивать максимально раннее выявление (верификацию) у пациентов (семей) сердечно-сосудистой патологии, онкологических и эндокринных заболеваний, нарушений репродуктивного здоровья и пороков развития, наследственных болезней и заболеваний с высокой степенью инвалидизации, в том числе заболеваний, предрасполагающих к развитию опухолевой патологии;
- обеспечивать проведение эффективной первичной и вторичной профилактики;
- максимально полно использовать профильные стационарзамещающие методы диагностики и лечения.

Перспектива дальнейшего развития консультативно-диагностической помощи в ГНОКДЦ определяется концепцией "Направления развития и функционирование ГБУЗ НСО "Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр" на период 2010—2020 гг. в контексте модернизации лечебно-диагностической помощи населению Новосибирской области".

Перспективные направления концепции

- Концентрация и централизация на базе ГНОКДЦ современных высокоинформативных диагностических технологий: по лучевой диагностике, в том числе рентгенологической, РКТ, ядерно-магниторезонансной томографии, УЗ-диагностике (по абдоминальному, кардиологическому, ангиологическому, акушерско-гинекологическому направлениям), эндоскопической диагностике, клинической лабораторной, патоморфологической, молекулярно-генетической и цитогенетической диагностике.
- Освоение инновационного проекта (финансовый объем 280 млн рублей), направленного на оснащение ГНОКДЦ:
 - рентгеновским компьютерным томографом (64 среза);
 - рентгеновским компьютерным томографом (16 срезов);
 - цифровым рентгеновским аппаратом с тремя рабочими местами (2 шт.);
 - УЗ-аппаратом экспертного класса — абдоминальной, кардиологической, ангиологической и акушерско-гинекологической направленности (4 шт.);



Рис. 2. Выявленная злокачественная и доброкачественная онкологическая патология различных локализаций в отделениях РКТ, УЗИ-диагностики и эндоскопии за период 2006—2010 гг.

- ультразвуковым эндоскопическим центром, оснащенный ультразвуковыми видеогастроскопами (4 гастроскопа, 2 колоноскопа, 1 бронхоскоп);
- комплексом оборудования для молекулярно-генетических (в том числе для пренатальной диагностики) и патоморфологических исследований (в том числе иммуногистохимической технологии);
- современным автоматическим иммуноферментным анализатором;
- современным биохимическим автоматическим анализатором.
- Организация на базе ГНОКДЦ по функциональному принципу специализированных центров:
 - лучевой диагностики;
 - УЗ-диагностики;
 - патоморфологической диагностики;
 - молекулярно-генетической диагностики;
 - медико-генетического консультирования;
 - центра по внедрению современных новых направлений медицинской диагностики и по подготовке медицинских кадров.
- Организация специализированных функциональных центров позволяет обеспечить:
 - централизацию диагностического оборудования, рациональное и целевое использование материально-технических, финансовых и кадровых ресурсов;
 - применение современных, инновационных диагностических методик и технологий;
 - подготовку и переподготовку специалистов практического здравоохранения Новосибирской области;
 - централизацию молекулярно-генетической диагностики с максимальной достоверностью и высоким качеством исследований;
 - организационно-методическую и координирующую работу со специалистами медицинских учреждений здравоохранения Новосибирской области по повышению их профессионального уровня и грамотности по оценке результатов молекулярно-генетических исследований;
 - решение проблемы консультирования, ранней диагностики, лечения и профилактики наследственных и распространенных социально значимых многофакторных заболеваний, что снижает показатели смертности;
 - формирование единого регистра Новосибирской области и Новосибирска по учету наследственных заболеваний с обеспечением конфиденциальности

- и защиты персональных данных граждан и их родственников;
- своевременное выявление генетической компоненты заболеваний, что влияет на результаты лечения и профилактики, предотвращает рождение детей с некорректируемыми пороками развития и социально значимыми генными и хромосомными болезнями, уменьшает детскую инвалидность и смертность;
- повышение уровня знаний по медицинской генетике специалистов практического здравоохранения;
- внедрение современных высокоразрешающих компьютерных технологий с заменой обычных изображений на цифровые, что позволяет создать программные продукты для электронной сети и универсальные системы архивирования и передачи данных о пациенте;
- сокращение применения технологически сложных и инвазивных методов диагностики, обременительных для больных и характеризующихся высоким риском побочных эффектов, что приводит к снижению доз облучений;
- внедрение более информативных, перспективных лабораторных технологий: иммуноферментных, коагулологических, молекулярно-генетических исследований, ДНК-зондирования (полимеразная цепная реакция относительно наследственных моногенных патологий);
- ускорение цикла консультативно-диагностического обследования;
- внедрение метода иммуногистохимического анализа, позволяющего верифицировать различные злокачественные опухоли по молекулярному фенотипу, своевременно определять тактику и этапы комбинированного лечения злокачественных новообразований (персонализировать фармакотерапию).
- Формирование системы управления качеством консультативно-диагностической помощи.
- Создание комплексной интегрированной системы оценки контроля и обеспечения качества консультативной и диагностической помощи с определением: стандартов результативности;
- оценочных шкал результатов контроля качества консультативно-диагностической помощи;
- методов количественной оценки уровня качества медицинской помощи.
- Организация информационно-аналитического мониторинга результатов контроля качества на основании экспертных заключений, социального мониторинга медицинских специалистов и непрерывного социального анкетирования пациентов.
- Создание и развитие системы стандартизации диагностических услуг.
- Оптимизация регистра диагностических услуг в областном справочнике медико-экономических стандартов диагностических услуг.
- Формирование стандартов диагностических услуг с вовлечением всех участков производства диагностических услуг:
- ресурсообразующих (материально-техническое, медико-техническое, кадровое обеспечение);
- медицинских технологий;
- расходных материалов;
- финансового обеспечения;
- результативности диагностических исследований.
- Разработка системы оценочных критериев стандартов диагностических услуг.
- Повышение результативности диагностической помощи путем внедрения прогрессивных медико-ор-

ганизационных технологий, повышение уровня квалификации медицинских кадров, интенсификации использования имеющихся ресурсов.

- Изучение общественного мнения (анкетирование пациентов) по проблемам качества медицинской помощи.
- Социологический мониторинг персонала медицинского учреждения и внедрение антикризисной модели управления, что приводит к повышению организационно-технической эффективности консультативно-диагностического и лечебно-реабилитационного процессов в медицинском учреждении.
- Оптимизация взаимодействия ГНОКДЦ с медицинскими научными и практическими учреждениями Новосибирской области.
- Развитие выездных форм предоставления консультативно-диагностических услуг.

Таким образом, за годы работы диагностического центра сформировалась основная функциональная концепция научно-практической деятельности — совершенствование и внедрение передовых современных медицинских консультативно-диагностических технологий, оптимизация использования ресурсов; повышение доступности, качества комплексной квалифицированной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению Новосибирской области и города. Основные направления деятельности ГНОКДЦ: увеличение объемов предоставления медицинских услуг, расширение спектра медицинских услуг, максимальная автоматизация и непрерывное улучшение всех рабочих процессов, социальная ответственность перед пациентами и сотрудниками, тотальный мониторинг качества предоставляемых медицинских услуг, укрепление позиции лидера.

Стратегической целью является сохранение и укрепление здоровья населения региона. Главное направление действий и масштабные задачи — продолжить развитие диагностического центра в новых экономических условиях, его полную модернизацию с учетом передовых инновационных технологий, соблюдая баланс целей и интересов в достижении социальной, медицинской и экономической эффективности в рамках модернизации здравоохранения Новосибирской области. Сочетание высокотехнологичной аппаратной диагностики с профессионализмом и интеллектуальным потенциалом специалистов крупного регионального диагностического центра обеспечивает выполнение поставленной цели.

Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр является уникальным учреждением в структуре здравоохранения Новосибирской области не только в силу своего аппаратно-инструментального потенциала, но и исходя из уровня подготовки и квалификации медицинского персонала, а также возможности использования оригинальной методологии оценки качества здоровья пациентов и ранней диагностики заболеваний в основе комплексного многопрофильного консультативно-диагностического процесса. Консультативно-диагностические возможности диагностического центра являются чрезвычайно значимыми для здравоохранения Новосибирской области. Активная творческая работа коллектива диагностического центра по перспективным направлениям концепции "Направления развития и функционирование ГБУЗ НСО "Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр" на период 2010—2020 гг. в контексте модернизации лечебно-диагностической помощи населению Новосибирской области" вносит существенный вклад в положительную динамику целевых индикаторов состояния здоровья, формирования здорового образа жизни и повышения демографического потенциала населения Новосибирской области.

Ключевые слова: экономический кризис, модернизация системы здравоохранения, социальный мониторинг, персонал медицинского учреждения, консультативно-диагностические модули и алгоритмы, стандартизация, контроль качества, антикризисное управление медицинским учреждением, концепция развития медицинского учреждения

The main directions of functioning of the State regional clinical diagnostic center of Novosibirsk in the context of public health modernization

Yu.I.Bravve, T.K. Fedorova, S.A. Peskov, N.N. Velitchkina, A.B. Maslennikov

The State regional clinical diagnostic center of Novosibirsk is a unique institution incorporated into the structure of public health system of Novosibirskaya oblast due to both its hardware-based and instrumental potential and the level of background and skills of medical personnel. The center provides also an opportunity to apply a genuine methodology in assessing the quality of health of patients and early diagnostics of diseases based on a comprehensive multi-profile counseling diagnostic process. The counseling diagnostic possibilities of the diagnostic center are very significant for public health system of Novosibirskaya oblast. The active creative work of diagnostic center staff in the main sections of the conception of development and functioning of the Center 2010-2020 in the context of modernization of health care in Novosibirskaya oblast inputs significantly into positive dynamics of target health indicators, healthy life-style formation and development of demographic potentials of Novosibirskaya oblast population.

Key words: economic crisis, public health system modernization, social monitoring, medical institution stuff, counseling and diagnostic module and algorithm, standardization, quality control, crisis management of medical institution, concept of development of medical institution

ЛИТЕРАТУРА

- Общество, личность, медицина / Аблажей А. М., Барбашина Э. В., Бойко В. А. и др.; отв. ред. В. В. Целищев, Э. В. Барбашина. — Новосибирск, 2010.
- Акулов А. И. // Муниципальное здравоохранение. Цифры и факты. — Новосибирск, 2003. — С. 14—28.
- Бабенко А. И. Стратегическое планирование и социально-гигиеническая оценка функционирования медицинских организаций / Под ред. В. А. Труфакина. — Новосибирск, 2006.
- Доказательная клиническая диагностика в амбулаторно-поликлинической практике / Под ред. Ю. И. Бравве. — Новосибирск, 2010.
- Ефименко С. А. // Социол. мед. — 2007. — № 2. — С. 10—17.
- Заиграев А. Л. // Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск, 2003. — С. 16—17.
- Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Основные направления развития здравоохранения на 2006—2010 гг. — www.zdravo2020.ru.
- Косалс Л. Я. Социальный механизм инновационных процессов. — Новосибирск, 1989.
- Котова Г. Н. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2001. — № 6. — С. 11—13.
- Кричагин В. И., Мельникова И. О., Индейкин Е. Н. Развитие систем страхования. — 1-е изд. — М., 1992.
- Медицинская диагностика. Управление и качество. — 2009. — № 2 (8).
- Мезенцева Н. Г. // Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск, 2003. — С. 24—25.
- Мингазов И. Ф. // Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск, 2003. — С. 26—28.
- Новые горизонты: Инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении: Материалы IX Российско-немецкой науч.-практ. конф. Форума им. Р. Коха и И. И. Мечникова / Под общ. ред. О. В. Кравченко (Россия), Г. Хана (Германия). — Новосибирск, 2010.
- Профессиональное здоровье: клинико-гигиенические аспекты профилактики / Потеряева Е. Л., Поляков А. Я., Ромейко В. Л. и др.; под ред. Е. Л. Потеряевой. — Новосибирск, 2010.
- Путин М. Е. // Здравоохранение (Москва). — 2002. — № 5. — С. 12—18.
- Пушкарев О. В. // Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск, 2004. — С. 30—32.
- Реиетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. — М., 2000.
- Реиетников А. В., Ефименко С. Е. Социология пациента. — М., 2008. — С. 5—6, 245—258.
- Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения. — М., 2004.
- Тишук Е. А. // Здравоохранение (Москва). — 2002. — № 9. — С. 14—19.
- Чернышев В. М. // Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск, 2003. — С. 3—5.
- Чикина А. В. Социально-гигиеническая оценка организации сестринского процесса в консультативно-диагностическом центре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2010.
- Шабалин А. В. // Муниципальное здравоохранение. Цифры и факты. — Новосибирск, 2007. — С. 45—46.
- Щепин В. О., Кутеева И. А., Иванов М. В. // Материалы Международной науч.-практ. конф. "Роль здравоохранения в охране общественного здоровья" 18—19 апр. 2007 г. — М., 2007. — С. 163.
- Щепин В. О., Овчаров В. К. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 1999. — № 5. — С. 27—32.
- Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Appellied Knowledge. — New York, 1970.

Поступила 30.09.11

© С. А. БЛЮДНИКОВ, Д. В. МИХАЛЬЧЕНКО, 2011
УДК 61:001.8]-051:378.661

С. А. Блюдников¹, Д. В. Михальченко²

ВОСПРОИЗВОДСТВО НАУЧНЫХ КАДРОВ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ (по результатам медико-социологического анализа)

¹Саратовский государственный медицинский университет;
²Волгоградский государственный медицинский университет

Одной из наиболее острых проблем современной российской науки является восстановление системы подготовки научных кадров, имеющей целью сохранение научных традиций и диапазона направлений научных ис-

следований [1, 3, 4]. Согласно статистическим данным, в целом в российской науке отмечается тенденция к снижению численности кандидатов наук и увеличение числа докторов наук [2]. Официальная статистика объясняет процесс уменьшения численности кандидатов наук оттоком из науки в другие отрасли экономики профессиональной, работоспособной и относительно молодой (преимущественно в возрасте 30—39 лет) части научных кадров.

С. А. Блюдников — врач-стоматолог клиники (bludnikov_sa@mail.ru); *Д. В. Михальченко* — канд. мед. наук, доц. (banav17@gmail.com)

В то же время изучение научных кадров в медицине носит в основном статистический характер, практически отсутствуют исследования формирования научного потенциала в динамике профессиогенеза. В связи с этим не разработана концепция отбора наиболее перспективных для научной деятельности специалистов, а процесс подготовки научных кадров носит "стихийный" характер. На наш взгляд, это одна из основных причин нерационального распределения исследователей в медицине, что в свою очередь провоцирует стагнацию в развитии отдельных медицинских наук.

Учитывая, что большинство исследователей в медицине сосредоточено в секторе высшего профессионального образования [2], мы провели медико-социологическое исследование, в котором в качестве модели формирования научного потенциала на додипломной стадии профессиогенеза рассматривали студентов выпускного курса медико-биологического факультета.

Основной причиной выбора специальности студенты называют желание работать в медицине (44,2% респондентов), при этом желание заниматься научными исследованиями в этой области отметили только 11,2%. Многие (27,5%) выбрали специальность по совету родителей и знакомых, а 12,3% вообще не смогли указать причину своего выбора. Обращает внимание, что не более 11,3% считают выбранную специальность престижной, а четкое представление о специальности при поступлении в вуз имели всего 5,5% опрошенных.

Отсутствием четкого представления о выбранной специальности объясняются тенденции в изменении отношения к ней за время обучения в вузе у большинства (72,1%) студентов, среди которых у 27,8% оно изменилось очень сильно, у 11,1% изменилось в лучшую сторону, у 33,4% появилось разочарование. Только 5,5% респондентов отметили, что отношение к специальности за время обучения в вузе не изменилось.

Таким образом, больше половины (61,2%) выпускников медико-биологического факультета в разной мере испытывали кризис социально-профессиональной адаптации, связанный с отсутствием четкого представления о выбранной специальности, причем у большинства из них (68,3%) появилось разочарование. Учитывая, что 27,8% респондентов ответили, что у них "изменились планы на будущее", можно предположить, что более половины выпускников медико-биологического факультета, разочаровавшихся в профессии, готовы уйти из профессионального поля уже на этапе окончания вуза, даже не приступив к практической деятельности!

Для детализации перспектив профессиональной реализации респондентам был задан вопрос: "Если бы Вам представилась такая возможность, что бы из перечисленных вариантов Вы реализовали?" Более трети (38,5%) выпускников перевелись бы на другой факультет медицинского университета, 5,5% — в университет немедицинского профиля, 5,5% ушли бы в бизнес; 5,5% готовы при возможности продолжить обучение за рубежом по той же специальности.

Менее половины (44,2%) студентов оставили бы все по-прежнему, часть из них, возможно, не хочет изменений по не связанным с профессией причинам.

Особый интерес в контексте нашего исследования представляют перспективы практической реализации в полученной специальности. Большинство (44,5%) выпускников надеются на востребованность в практическом здравоохранении. В то же время 11,2% даже на

выпускном курсе не знают, чем будут заниматься после окончания вуза. Третья часть (33,4%) опрошенных предпочли бы заняться преподавательской и/или научной деятельностью. При этом 33,6% хотели бы работать в современной лаборатории за рубежом (!). Таким образом, реализовать теоретические знания и аналитические навыки готовы 67,2% (больше половины) выпускников, из которых половина хотела бы уехать за границу.

Социальная диагностика удовлетворенности полученным образованием показала, что только 27,8% студентов удовлетворены (в разной степени) организацией учебного процесса в вузе. При этом 27,5% респондентов не смогли ответить на вопрос. Значительная часть (44,6%) респондентов отметила перегруженность программ клиническими дисциплинами ("лучше меньше хирургии и терапии").

Полученные результаты позволяют эксплицировать возможные маркеры деформации системы воспроизводства научных кадров в отечественной науке: немотивированный выбор профессионального поля; неадекватность учебной программы необходимым для специальности компетенциям; отсутствие целенаправленного заказа на выпускников (значительная часть которых готова уйти из специальности); отсутствие перспективы благоприятных условий профессиональной реализации в национальной системе.

На следующем этапе исследования мы планируем повторить социологический опрос этой же выборки спустя 2 года после окончания вуза, чтобы отследить интеграцию в научную сферу на постдипломном этапе профессионализации.

Таким образом, проведенный медико-социологический анализ формирования научных кадров на модели специальности "медицинская биохимия" в динамике профессиогенеза позволяет научно обосновать необходимость создания системы заказа научных кадров для различных направлений медицины.

В статье изложены результаты авторского медико-социологического исследования модели формирования научного потенциала в динамике профессиогенеза. Сделан вывод о необходимости создания системы заказа научных кадров для различных направлений медицины.

Ключевые слова: научный потенциал, стадии профессиогенеза, воспроизводство научных кадров

The reproduction of medical scientific manpower in the conditions of higher school

S.A. Bludnikov, D.V. Mikhaltchenko

The article explains the results of the personal medical sociologic study of the model of formation of scientific potential in profession-genesis dynamics. The conclusion is made concerning the need in developing of the system of ordering scientific manpower for various directions of medicine.

Key words: scientific potential, profession-genesis, reproduction of scientific manpower

ЛИТЕРАТУРА

1. Доница А. Д., Блюдников С. А., Карпович А. В. // *Международ. журн. экспер. образования.* — 2011. — № 3. — С. 48—49.
2. Ларионова Е. И., Мотова М. А., Чинаева Т. И. // *Вопр. статистики.* — 2009. — № 4. — С. 44—59.
3. Решетников А. В. *Социология медицины: Руководство.* — М., 2010.
4. Седова Н. Н. // *Биоэтика.* — 2008. — № 1. — С. 16—18.

Поступила 30.09.11

В. Н. Сапёров

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА К ОБЩЕСТВУ

Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова

Обязательства врача перед обществом вытекают из основных задач медицины. С. П. Боткин писал: "Главнейшие и существенные задачи практической медицины — предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека" [1]. В этом утверждении, в котором и с современных позиций наиболее правильно и в то же время предельно лаконично определены задачи практической медицины, на первом месте стоит принцип профилактики. Охраняя здоровье народа, врач служит обществу.

Для организации борьбы с заболеваниями и прежде всего их профилактики необходимо знать и по возможности устранять их причины. Как указывает акад. Ю. П. Лисицын, состояние здоровья каждого человека и общества в целом на 49—53% зависит от образа жизни, на 18—22% — от наследственных факторов, на 17—20% — от состояния окружающей среды (экологии) и природно-климатических факторов и только на 8—10% — от здравоохранения, т. е. от деятельности лечебных учреждений и врачей [5]. Из этого следует, что только улучшение медицинского обслуживания населения само по себе не приведет к значительному снижению заболеваемости и смертности населения. Очевидно, поэтому внедрение новых медицинских технологий для лечения острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда (тромболизис, операции по реваскуляризации миокарда) и открытие сосудистых центров для лечения острых нарушений мозгового кровообращения во многих регионах нашей страны за последние годы пока не привело к заметному снижению общей смертности (в популяции) от ишемической болезни сердца и инсультов и тем более не отразилось на распространенности этих заболеваний, хотя, безусловно, обусловило снижение летальности среди госпитализированных больных. Очевидно, реальные успехи в борьбе с этими и многими другими болезнями зависят от оздоровления образа жизни населения и улучшения экологического состояния окружающей среды, изменения отношения к своему здоровью, повышения уровня медицинской культуры населения. Последнее, в частности, будет способствовать более раннему обращению больных с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда и инсультом за медицинской помощью, что является непременным условием использования у этих больных новых медицинских технологий и их эффективности.

О значении в борьбе с заболеваниями изменения условий, их порождающих, убедительно пишет В. В. Вересаев [2]: "Ко мне приходит прачка с экземой рук, ломовой извозчик с грыжею, прядильщик с чахоткой; я назначаю им мази, пелоты и порошки — и неверным голосом, сам стыдясь комедии, которую разыгрываю, говорю им, что главное условие для выздоровления — это то, чтобы прачка не мочила себе рук, ломовой извозчик не поднимал тяжестей, а прядильщик избегал пыльных помещений. Они в ответ вздыхают, благодарят за мази и порошки и объясняют, что дела своего бросить не могут, потому что им нужно есть".

В. Н. Сапёров — д-р мед. наук, проф., зав. каф. внутренних болезней, (8352)62-60-50.

Далее В. В. Вересаев пишет, что медицина должна указывать на те условия, которые надо изменить, "но врач, — если он врач, а не чиновник врачебного дела, — должен прежде всего бороться за *устранение тех условий**, которые делают его деятельность бессмысленною и бесплодною; он должен быть общественным деятелем в самом широком смысле слова, он должен не только указывать, *он должен бороться и искать путей, как провести свои указания в жизнь*. И это тем более необходимо, что время не ждет, и жизнь быстро влечет человечество в какую-то зловонную бездну".

Удивительно, что эти слова, которым уже более 100 лет, кажутся написанными только сегодня.

Еще раньше эту же мысль высказал М. Я. Мудров: "Взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни, есть честно и для врача покойно. Ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить. И в сем состоит первая его обязанность" [6].

Существенное влияние на здоровье человека оказывает окружающая нас природа. Известный швейцарский врач и философ А. Швейцер впервые в основу отношения к природе поставил принцип взаимосвязи природы и общества [9]. Он настоятельно рекомендует взглянуть на природу не как на неисчерпаемую кладовую сырья, а как на друга и союзника, как на надежного, но не бесконечного источника нашей жизни. А. Швейцер обосновал необходимость включения отношения человека к природе в сферу моральных отношений.

Большое влияние на заболеваемость оказывает загрязнение внешней среды. В экологически неблагоприятных районах доля загрязнения атмосферы в состоянии здоровья общества может увеличиваться до 50% и более за счет снижения удельного веса других факторов. К тому же неблагоприятная окружающая среда отрицательно влияет на образ жизни человека и его наследственность. В связи с этим Всемирная медицинская ассамблея (ВМА) приняла специальные декларации "О загрязнении окружающей среды" (Сан-Пауло, 1964) и "Декларация о роли врачей в решении проблем окружающей среды и демографии" (Вена, 1988). В этих декларациях отмечается, что врачи могут сыграть значимую роль в предупреждении заболеваний, связанных с загрязнением окружающей среды. Им рекомендуется взять на себя экологическое просвещение населения, разработку и воплощение национальных программ защиты окружающей среды. В Венской декларации говорится: "Необходимо приостановить деградацию окружающей среды с тем, чтобы необходимые для жизни и здоровья чистые воздух и вода остались доступными для всех. Продолжение загрязнения воды и атмосферы химическими соединениями и отходами может привести к тяжелым последствиям. Медицинские общества должны включиться в дело защиты окружающей среды".

Исходя из изложенного выше, основным профессиональным и моральным долгом врача по отношению к обществу (помимо выполнения своих непосредствен-

* Здесь и далее выделено автором настоящей статьи.

ных врачебных обязанностей) являются пропаганда здорового образа жизни, активное участие в борьбе с загрязнением окружающей среды и за сохранение сложившегося равновесия между человеком и природой. Это те "три кита", оперевшись на которые можно достичь больших успехов в сохранении здоровья населения и снижении смертности.

При этом рекомендуется обратить особое внимание на профилактику и борьбу с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями: ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией, нарушениями мозгового кровообращения, сахарным диабетом, пневмонией и хроническими заболеваниями органов дыхания, пищеварения и т. д. В сферу интересов врача любой специальности должны также входить так называемые социальные болезни, к которым традиционно относят туберкулез, сифилис, алкоголизм, наркоманию [7, 10].

Отмеченными выше положениями определяются глобальные обязательства врачей перед обществом и государством. К этим положениям необходимо добавить и обоснование принятия новых законов, улучшающих здравоохранение. Разумеется, осуществить эти задачи медицинские работники самостоятельно не в состоянии. Для этого нужны социально ориентированная политика государства, качественное изменение работы всех средств массовой информации, значительное повышение материального и культурного уровня населения, улучшение жизненной перспективы для подавляющего большинства жителей нашей страны. Для начала руководители государства должны понять, что, улучшая и восстанавливая здоровье народа, снижая заболеваемость, выход на инвалидность и смертность населения, врачи повышают материальное благосостояние государства. Это есть со стороны врачей "возврат долга народу, выполнение своих обязанностей перед обществом и государством" [4].

Председатель комитета по медицинской этике ВМА Д. Р. Уильямс в своем "Руководстве по медицинской этике" в главе "Врач и общество" отмечает, что "врачи играют важную роль в здравоохранении, санитарном просвещении, защите окружающей среды и разработке законов в области "здравоохранения и благополучия" [8]. Здесь же говорится, что, если пациенту отказывают в его правах, врач должен приложить все усилия, чтобы эти права обеспечить или восстановить. В указанной главе освещены следующие вопросы.

Прежде всего рассматриваются противоречия между обязательствами врача перед пациентами и обществом. Несмотря на незыблемость правила конфиденциальности (врачебной тайны), в исключительных ситуациях врач может ставить чьи-либо интересы выше интересов пациента. Например, в соответствующие инстанции обязательно сообщается о пациентах, получивших травму в результате насилия, или о подозреваемых в жестоком обращении с детьми и престарелыми людьми. Однако пациенты и подозреваемые должны быть проинформированы о том, что это произойдет. Здесь же говорится о том, что врач должен сообщать "соответствующим властям" обо всех необоснованных вмешательствах в процесс лечения пациента, особенно в случае несоблюдения его основных прав.

Другой раздел этой главы посвящен распределению ресурсов здравоохранения. При этом следует исходить из того, что "в любой стране мира, включая самые богатые, существует значительный и постоян-

но увеличивающийся разрыв между потребностями и запросами на услуги здравоохранения и наличием ресурсов для обеспечения этих услуг" [8]. Распределение медицинских ресурсов происходит на верхнем уровне (на уровне правительства), на региональном и больничном уровнях, но основная их часть распределяется (реализуется) на уровне пациентов. На этом уровне контролируется до 80% всех расходов на здравоохранение. Именно врачи решают вопрос, существует ли необходимость в госпитализации пациента, требуется ли ему дорогостоящее обследование и лечение, нужно ли оперативное вмешательство и т. д. Решения вопросов о распределении ресурсов здравоохранения на любом уровне имеют значительную этическую составляющую, так как они оказывают значительное влияние на здоровье как отдельных людей, так и общества в целом.

В настоящее время используется социально ориентированный подход к распределению ресурсов, в то время как еще совсем недавно преобладал подход, ориентированный исключительно на одного пациента. В настоящее время считается, что врач несет ответственность не только за своего пациента, но в какой-то степени и за других тоже [8].

Этот принцип нашел отражение в национальных этических кодексах многих стран, а также в "Декларации прав пациента" ВМА, в которой говорится: "В условиях, когда из нескольких пациентов должен быть сделан выбор на получение определенного лечения, которое доступно в ограниченных количествах, выбор между этими пациентами должен делаться на основе честной процедуры отбора — для этого должны быть выбраны медицинские критерии, и не должна допускаться какая-либо дискриминация". Это в наибольшей степени соответствует эгалитарному подходу к справедливости, при котором ресурсы распределяются строго по потребностям.

Еще один вопрос, который разбирает Д. Р. Уильямс, — определение ответственности врача в отношении общественного и глобального здравоохранения.

Во многих странах, в том числе в Российской Федерации, наряду с общественным (государственным) здравоохранением существует частная медицина, которая оплачивается непосредственно самими пациентами и обычно доступна не всем. Именно общественное здравоохранение обеспечивает во всех странах, даже с резким преобладанием частного сектора, защиту общества от инфекционных заболеваний (организует проведение вакцинаций, карантинных мероприятий и лечение заболевших), оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, контролирует качество потребляемых населением продовольствия и воды и т. д.

Интересы общественного здравоохранения (и общества) иногда вступают в противоречие с интересами отдельного пациента. Как правило, они решаются в пользу общественных интересов. В качестве примера можно назвать необходимость оповещения об определенных инфекционных заболеваниях, о наличии угрожающих для выполнения конкретных профессиональных обязанностей заболеваний, например дальтонизма у шоферов и машинистов. Здесь уместно отметить, что частная медицина может эффективно работать только одновременно с государственной в той мере, в какой она ориентирована на дополнительные услуги, и ею пользуются немногие [3]. Общество должно осозна-

вать, что если частная медицина станет определяющей в системе здравоохранения, то государственная медицина начнет быстро деградировать, цены на медицинские услуги в частных учреждениях резко возрастут, и это будет хуже для всех [3]. Из этого следует, что врачи должны разъяснять обществу и властным структурам необходимость сохранения определенного баланса между государственной и частной медициной.

В своей работе врач должен учитывать и использовать возможности глобального здравоохранения. Под глобальным здравоохранением понимаются вопросы и проблемы здравоохранения, не имеющие национальных границ, но которые, с одной стороны, могут неблагоприятно отразиться на здоровье народов других стран; с другой стороны, опыт здравоохранения других стран может помочь в решении этих проблем в этой стране. Другими словами, глобальное здравоохранение в решении медицинских проблем опирается на совместные усилия ряда стран и на сотрудничество в международном масштабе. Без такого сотрудничества была бы малоэффективной борьба в отдельной стране со многими инфекционными болезнями, например с гриппом.

Значение глобального здравоохранения и международного сотрудничества в области здравоохранения можно показать на примере борьбы с пандемией нового инфекционного заболевания, как затем выяснилось, вызванного мутировавшим коронавирусом и названного SARS (severe acute respiratory syndrome — тяжелый острый респираторный синдром, ТОРС). Пандемия началась на юге Китая в ноябре 2002 г., в феврале 2003 г. заболевание зарегистрировано в Ханое (столице Вьетнама). По просьбе вьетнамских врачей по линии регионального отделения ВОЗ в Ханой прибыл итальянский врач-инфекционист Карло Урбани, который быстро осознал, что имеет дело с новым, неизвестным ранее инфекционным заболеванием и необычным возбудителем. По запросу Карло Урбани в Ханой прибыла комиссия экспертов ВОЗ и Центра по контролю и профилактике заболеваний (США). Специалисты из Вашингтона в марте 2003 г. идентифицировали возбудителя новой болезни и назвали ее SARS. К этому времени заболевание было зарегистрировано в 30 странах мира, что свидетельствовало о пандемии. Ученые из Гамбурга (Германия) в апреле 2003 г. разработали метод лабораторной диагностики заболевания путем определения ДНК возбудителя с помощью полимеразной цепной реакции. Были установлены беспрецедентные карантинные меры. Во многих странах были приняты законы, предусматривающие тюремное заключение за нарушение карантина по SARS. Наиболее строгое наказание (вплоть до смертной казни) за нарушение карантина было узаконено в Китае. Международная организация гражданской авиации установила порядок сертификации аэропортов. Сертификат на право работы выдавался лишь тем аэропортам, в которых имелись условия для выявления больных среди прилетающих и отбывающих пассажиров, а также выполнялись другие меры профилактики SARS.

Проведенные мероприятия оказались высокоэффективными. В результате уже 3 июля 2003 г. ВОЗ официально сообщила о прекращении столь грозно начавшейся мировой эпидемии (пандемии) SARS. По мнению специалистов, для SARS характерна высокая контагиозность, что при отсутствии международного сотрудничества в борьбе с ним могло бы привести к массовой заболеваемости SARS и высокой смертности. Благодаря принятым мерам итоги пандемии оказались сравнительно "скромными": 8465 случаев заболевания и 813 смертельных исходов (летальность 9,6%).

Анализ пандемии SARS наглядно свидетельствует о целесообразности глобализации здравоохранения и взаимозависимости различных стран в борьбе с инфекционными и некоторыми другими заболеваниями.

Основными обязательствами врачей перед обществом и государством являются пропаганда здорового образа жизни, активное участие в борьбе с загрязнением окружающей среды и за сохранение сложившегося равновесия между человеком и природой, а также обоснование принятия новых законов, улучшающих здравоохранение. Наряду с этим врачи должны принимать участие в распределении ресурсов здравоохранения, бороться за сохранение определенного баланса между государственной и частной медициной и при необходимости использовать возможности глобального здравоохранения.

Ключевые слова: деонтологические аспекты, врач и общество, обязательства перед обществом, медицинские ресурсы, глобальное здравоохранение

The deontological aspects of physician's attitude to society

V.N. Saperov

The main social and public commitments of physicians are the healthy life-style propaganda, active involvement into pollution control and human-nature balance support, substantiation of public health laws. Besides that, physicians participate in the process of health resources allocation, support the certain balance between public and private medicine and in case of need to use possibilities of global public health.

Key words: deontological aspects, physician and society, social commitment, medical resource, global public health

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней. — СПб., 1867. — Вып. 1. — С. 5.
2. Вересаев В. В. Записки врача. Сочинения. — М., 1948. — Т. 1. — С. 583—584.
3. Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика. — 2-е изд.: Пер. с англ. — М., 2007. — С. 344.
4. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. — М., 1989. — С. 18.
5. Лисицин Ю. П. (ред.). Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. — М., 1987. — Т. 1. — С. 149.
6. Мудров М. Я. Избранные произведения. — М., 1949. — С. 204.
7. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
8. Уильямс Д. Р. Руководство по медицинской этике: Пер. с англ. — М., 2006. — С. 60—72.
9. Швейцер А. Культура и этика. — М., 1973. — С. 47—48.
10. Яровинский М. Я. Медицинская этика (биоэтика). — М., 2006. — С. 35—36.

Поступила 18.04.11

Д. В. Сорокин

САМООЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМИ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Оценка личной подготовки преподавателей является одним из комплексных показателей эффективности их деятельности [2, 6, 7]. Считается, что данный показатель не только отражает уровень компетентности отдельного специалиста, но и определяет процессы, происходящие в непрерывном профессиональном развитии врачей-преподавателей и здравоохранении в целом [4, 5]. Информацию о самооценке используют для своевременной коррекции методологических подходов в учебном процессе [9]. Ряд специалистов, основываясь на собственном опыте подготовки преподавателей медицинских вузов, считают, что она может быть эффективной, если затрагиваются личностные качества человека, удовлетворенность своими компетенциями, самооценка, потребности и др. [3, 4]. Изучение самооценки преподавателей системы дополнительного профессионального образования (ДПО) врачей-стоматологов представляло поэтому значительный интерес и явилось одним из важных аспектов проведенного нами социологического исследования по вопросу последипломного образования. Применение социологического метода исследования в медицине дает возможность сформировать объективное представление об основных характеристиках профессорско-преподавательского состава и использовать полученные результаты для кадрового планирования и прогноза развития последипломного образования [10—12].

Материалы и методы

Анкетирование проводили в 2008—2010 гг. в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Последипломное образование медицинских кадров" под эгидой стоматологической ассоциации России.

Целью исследования явилось изучение самооценки преподавателей ДПО врачей-стоматологов различных специальностей для определения их профессионального статуса и выявления негативных тенденций в системе последипломного образования.

В качестве инструмента для сбора статистического материала использовали специально разработанную для этих целей "Анкету социологического исследования", содержащую 61 референт. В анкетировании приняли участие 1452 преподавателя из 36 учреждений последипломного образования стоматологов в различных регионах РФ. Репрезентативный объем наблюдения был рассчитан по формуле бесповторного отбора [8].

Результаты исследования

Было установлено, какую деятельность (педагогическую или клиническую) респонденты считают приоритетной. Большинство преподавателей (56,3%) отдают приоритет педагогической деятельности, 16,1% — клинической, а 26,9% предпочли другие варианты ответов. Однако в зависимости от специальности этот показатель варьировал. Так, было определено, что бо-

лее всего увлечены педагогическим направлением стоматологи-хирурги (78,5%) и детские стоматологи (74,2%), наименьшую долю (38,7%) избравших это направление составили ортодонты.

Клиническую деятельность как основную чаще всего выбирают стоматологи-терапевты (27,3%) и стоматологи-ортопеды (26,3%). Среди избравших другие варианты 73,9% респондентов считают оптимальным сочетание педагогической деятельности с активной клинической работой, а 26,1% отдают предпочтение научной деятельности. Таким образом, большая часть работающих в настоящее время преподавателей предпочитают педагогическую деятельность или сочетание ее с клинической, демонстрируя тем самым правильный выбор своей работы.

Степень удовлетворенности своими профессиональными возможностями является стимулирующим фактором для производительной и качественной педагогической деятельности. Нас интересовал один из значимых показателей этой сферы — удовлетворенность результатами педагогической деятельности. Анализ ответов показал невысокую удовлетворенность преподавателей результатами их педагогической деятельности: всегда удовлетворены 34,1% респондентов, иногда — 47%, никогда не испытывают удовлетворения 18,9%. Наиболее высокую удовлетворенность обнаружили стоматологи-хирурги (45,1%), наименьшую — стоматологи-ортопеды (27,2%). Таким образом, общее число удовлетворенных иногда и неудовлетворенных всегда составило 65,9%, что с нашей точки зрения является негативным моментом и свидетельствует не только о субъективной характеристике этого аспекта профессорско-преподавательским составом системы ДПО.

Учитывая положительные данные по самооценке квалификации, представленные ниже, справедливо предположить, что причинами низкой удовлетворенности являются другие факторы. С целью их выявления анкетированные отвечали на этот вопрос отдельно. Самые популярные ответы были отобраны нами и расположены по мере убывания. Не было обнаружено существенных различий в ответах респондентов в зависимости от специальности. Самой значимой (73,2%) причиной неудовлетворенности преподаватели посчитали устаревшее нормативно-правовое обеспечение: не соответствующие современным требованиям учебные планы и программы; нормирование деятельности преподавателя по времени, количеству врачей в группе, на цикле, по итогам года; многочисленная кафедральная документация, отчеты и т. д. На различный уровень подготовки врачей, проходящих на курсы усовершенствования, указали 71,4% преподавателей. Наличие этой проблемы подтверждено проведенными нами ранее исследованиями [1]. Данные, полученные при опросе преподавателей, свидетельствуют о том, что разница в компетенциях обучающихся в связи с существующей системой построения учебного процесса является серьезным фактором, приводящим к неудовлетворенности преподавателей результатами своей работы. В качестве негативного аспекта 69,6%

респондентов отметили отсутствие разнообразия форм проведения учебного занятия, прежде всего недостаток применения инновационных технологий обучения. В настоящее время в силу объективных и субъективных причин традиционная лекционно-семинарская система подачи материала остается основной при ДПО врачей-стоматологов. На удовлетворенность преподавателей влияли также отсутствие стимула и слабая материально-техническая база учебного процесса (67,3 и 65,8% соответственно). Указание на это со стороны кадрового состава системы ДПО в очередной раз подтвердило, что вопросы финансирования учебных учреждений могут негативно влиять на качество учебного процесса.

При самооценке педагогических возможностей было определено, что 58,2% преподавателей считают себя опытными, но периодически нуждаются в совершенствовании. Опытными и не нуждающимися в совершенствовании по педагогике признали себя 10,3% специалистов, 14,9% считают себя неопытными и постоянно нуждающимися в совершенствовании. При этом 16,2% анкетированных заявили, что главное — быть хорошим клиницистом и для успешной преподавательской работы педагогическая подготовка не нужна. Эту группу составили преподаватели, которые приоритетной для себя считают клиническую деятельность. Значительных расхождений в ответах представителей различных стоматологических специальностей выявлено не было, однако была установлена зависимость между педагогическим стажем работы по специальности и числом преподавателей, считающих себя неопытными, — 91,4% давших такой ответ имели стаж педагогической деятельности до 5 лет. С нашей точки зрения, не следует рассматривать негативно низкую самооценку этой группы преподавателей в связи с выявленным у них желанием совершенствоваться. Настораживающим фактом является наличие преподавателей, игнорирующих совершенствование по педагогике. Вместе с отдающими предпочтение собственной клинической подготовке число таких специалистов составило 26,5%, что, учитывая масштабы нашего исследования, составляет 384 преподавателя.

Одной из составляющих сбора информации был вопрос об уровне квалификации отечественных преподавателей (по своей специальности), работающих в системе ДПО. Анализ полученных ответов показал, что большинство (64,1%) респондентов независимо от специальности высоко оценивают профессиональный уровень своих коллег. Среднюю оценку дали 22,5% анкетированных, а низкую — 8,7%. Установлена зависимость ответов от специальности: 73,6% стоматологов-терапевтов высоко оценили отечественных преподавателей, и только 43,8% стоматологов общей практики дали такую же оценку. Они же составили основную долю (26,4%) оценивших уровень как низкий. Привлекает внимание независимость полученных ответов от возраста и стажа респондентов. Таким образом, большинством принимавших участие в анкетировании была дана достойная оценка квалификации своих коллег. Полученные данные нельзя считать завышенными, поскольку они практически совпадают с данными оценки собственной квалификации.

Одним из показателей, характеризующих общий уровень квалификации преподавателя, является наличие у него квалификационной категории. Выяснилось, что квалификационную категорию имеют 73,2% преподавателей: высшую — 41,4%, первую — 26,6%, вторую — 5,2%. Большинство тех, кто имеет квалификационную категорию, составили преподаватели

стоматологии общей практики (94,8%) и стоматологитерапевты (92,4%). Стоматологи-хирурги и ортопеды занимают промежуточные позиции (82,5 и 83,8% соответственно). Меньше всего преподавателей, имеющих категории, было среди детских стоматологов (41,4%) и ортодонт (45,8%). Количество специалистов высшей категории было максимальным среди стоматологов общей практики (63,2%) и стоматологов-терапевтов (60,3%), а минимальным среди детских стоматологов (20,5%) и ортодонт (24%). Первую квалификационную категорию чаще имеют преподаватели стоматологии-ортопеды и стоматологи-хирурги (37,4 и 36,2% соответственно), а реже ортодонты (16,5%) и детские стоматологи (15,8%). Вторую категорию имели лишь 5,2% респондентов. Существенных различий в ответах в зависимости от специальности выявлено не было.

Представители различных специальностей в 28% анкет указали на необходимость отмены второй категории, а 8,6% анкетированных не видят необходимости в первой. Считают целесообразным вообще отменить квалификационные категории как способ оценки квалификации специалистов стоматологического профиля 5,3% преподавателей. Мы посчитали необходимым также включить в анкету для преподавателей вопрос о том, считают ли респонденты наличие квалификационной категории показателем квалификации врача. Выяснилось, что 82,3% преподавателей независимо от специальности не видят связи в наличии категории и квалификации специалиста. Обратное мнение высказали 16,8% опрошенных. Анализ ответов по специальностям показал парадоксальность сложившейся картины. Так, стоматологи общей практики, чаще всего имеющие квалификационную категорию, в 91,6% случаев опровергли корреляцию между наличием категории и врачебной квалификацией. В наименьшей степени (70,2%) разделяют эту точку зрения детские стоматологи, среди которых квалификационную категорию имеют меньше всего по сравнению с другими специалистами. Такая ситуация демонстрирует потерю истинной ценности и субъективизм этого способа оценки квалификации. Очевидно, единственной привлекательной стороной присвоения квалификационной категории для преподавательского состава является прибавка к заработной плате.

Научный потенциал учебных заведений определяется количеством преподавателей, имеющих ученые степени и звания. По полученным нами данным, 61,9% преподавателей имеют ученые степени, из них 52,3% являются кандидатами медицинских наук, а 9,6% имеют степень доктора медицинских наук. Среди преподавателей стоматологов-терапевтов оказалось наибольшее количество (54,2%) кандидатов наук и наибольшая доля (14,4%) докторов медицинских наук. Меньше всего кандидатов наук оказалось среди стоматологов-хирургов (49,3%), а докторов наук — среди детских стоматологов (4,7%).

Установлено, что ученые звания имеют 41,5% преподавателей, из них 35,1% доцентов и 6,4% профессоров. Доценты на кафедрах терапевтической стоматологии составляют 38,2%, ортопедической стоматологии — 36,1%, хирургической стоматологии — 32%. Профессора составляют среди стоматологов-терапевтов 8,2%, среди стоматологов-ортопедов 7,5%, среди детских стоматологов 4,3%. В целом полученные данные свидетельствуют о значительном научном потенциале, тем более что 24,3% опрошенных без научной степени указали, что работают над диссертацией. Однако обращает на себя внимание небольшое количество докторов медицинских наук и

профессоров. Это свидетельствует о потере стимулирующей роли научно-исследовательской работы для многих преподавателей как не приносящей ожидаемой отдачи в материальном и моральном плане. Сложившаяся ситуация может привести к недостатку резерва руководителей кафедр и ведущих научных сотрудников, что должно озадачить контролирующие и руководящие органы вузов и Министерства образования и науки.

Одним из аспектов изучения самооценки преподавателей было использование ими информационно-технических средств обучения в повседневной деятельности. Было выявлено, что информационно-коммуникационными технологиями владеют 63,6% преподавателей, но только 31,2% из них используют эти средства обучения постоянно. Применяют указанные технологии иногда 39,9% опрошенных, а 28,9% предпочитают ими не пользоваться. Под обсуждаемыми технологиями подразумевается в первую очередь мультимедиа-технология, базирующаяся на использовании персонального компьютера. В настоящее время в ряде отечественных образовательных учреждений внедряются видеоэнциклопедии, интерактивные путеводители, ситуационно-ролевые игры и др. В зарубежных вузах уже активно включены в учебный процесс обучающие системы с использованием искусственного интеллекта (самотестирование знаний обучающегося, моделирование ситуации до уровня полного погружения — виртуальная реальность и т. д.). Таким образом, очевидно недостаточное владение и использование в учебном процессе этих современных коммуникационных средств, значительно повышающих у обучаемых мотивацию, адаптацию к незнакомому материалу и развивающих учебные компетенции.

При ответах на заключительный вопрос исследования (каким формам и методам обучения преподаватели отдают предпочтение при работе с врачами-стоматологами) высказаны различные мнения. Выяснилось, что большая часть принимавших участие в опросе предпочитают традиционные методы обучения — лекции и семинары (41,9 и 19,9% опрошенных соответственно). Вместе с тем 35,7% преподавателей в качестве основных используют ту или иную форму активного обучения, 12,8% респондентов предпочитают учебные задачи, 10% — дискуссии, а 8,5% используют метод "мозгового штурма". При этом только 4,4% отдают предпочтение деловым играм. В зависимости от преподаваемой дисциплины были определены различия в предпочтениях. Так, учебные задачи меньше всего (11,2%) интересуют детских стоматологов, зато по отношению к другим специальностям они чаще всего (17,6%) применяют "мозговой штурм". Наименьшее предпочтение деловым играм отдали стоматологи-терапевты (1,9%), а "мозговому штурму" — стоматологи-хирурги (4,3%). Чаще других (12,9%) "мозговой штурм" применяют ортодонты. Стоматологи общей практики реже всего (3,9%) применяли метод дискуссии и чаще других (44,5%) использовали лекционную форму подачи материала, 24,6% стоматологов-хирургов используют семинарские занятия в качестве основной формы. Детские стоматологи оказались в меньшинстве (14,7%) предпочитающих семинары. Таким образом, нами установлено, что методы активного обучения, развивающие мыслительную и практическую деятельность в процессе овладения учебным материалом, использовали недостаточно. Мы считаем данное положение негативным, так как только методы активного обучения ориентируют врачей на самостоятельный по-

иск информации, активизируют их интеллектуальную деятельность и формируют практические навыки.

В целом по данным проведенного исследования мы сделали следующие выводы.

- Большая часть работающих в настоящее время преподавателей не тяготеет к избранному виду деятельности. При этом 84,7% респондентов считают себя опытными преподавателями, однако 26,5% не считают необходимым совершенствоваться по педагогике.
- Выявлена невысокая удовлетворенность преподавателей результатами педагогической деятельности: только 34,1% полностью удовлетворены результатами своего труда. Определены три основные причины этого положения: устаревшее нормативно-правовое обеспечение, различный уровень подготовки обучающихся, отсутствие разнообразия форм проведения занятия.
- Преподаватели высоко оценивают коллег, работающих в системе ДПО.
- Выявлено, что квалификационную категорию имеют 73,7% преподавателей: стоматологи общей практики и стоматологи-терапевты, реже детские стоматологи и ортодонты. Подтверждены данные, полученные нами ранее, о незначительной распространенности второй квалификационной категории. Подтверждена необходимость организационно-методических преобразований в системе оценки квалификации специалистов стоматологического профиля при получении квалификационных категорий.
- Определена значимость научного потенциала профессорско-преподавательских кадров системы ДПО. На основании анализа числа докторов медицинских наук и профессоров выявлено, что отсутствует резерв руководителей кафедр ведущих научных сотрудников. Полученные данные свидетельствуют о необходимости коррекции данного положения со стороны руководства вузов и Министерства образования и науки.
- Выявлено недостаточное знание и использование современных информационно-технических средств в учебной деятельности. Установленный факт препятствует повышению качества последилового образования и тормозит коммуникационно-интеграционные процессы между отечественными и европейскими образовательными системами.
- Недостаточно используются методы активного обучения и ограниченно применяются современные обучающие технологии, что свидетельствует о наличии дидактических затруднений у преподавателей и недостаточном развитии методической работы на ряде кафедр. Большинство респондентов отдают предпочтение традиционной, пассивной, лекционно-семинарской форме. Такое положение следует считать негативным, так как оно не соответствует принципам Болонской декларации по непосредственному вовлечению обучаемых в активную учебно-познавательную деятельность. Из этого следует, что необходимо развивать данные методы при обучении врачей-стоматологов.

Проведен анализ самооценки преподавателей последилового подготовки врачей стоматологов из 36 учебных заведений различных регионов РФ. Исследованы приоритетные направления деятельности, удовлетворенность результатами труда, дана оценка собственной квалификации, определена частота применения современных дидактических методов.

Ключевые слова: последиловая подготовка врачей стоматологов, самооценка, уровень квалификации преподавателей, педагогика

The qualification self-assessment of tutors in the system of secondary professional training of stomatologists

D.V. Sorokin

The article presents the analysis of self-assessment of tutors in the system of postgraduate secondary professional training of stomatologists in 36 educational institutions from different regions of Russia. The study investigated the priority directions of functioning and professional results satisfaction. The assessment of personal qualification and application of actual didactic techniques was given.

Key words: *postgraduate training, stomatologist, self-assessment, tutors qualification, pedagogics.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакаров С. И., Сорокин Д. В. // Материалы XXI и XXII Всероссийских науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы стоматологии". — М., 2009. — С. 294—296.
2. Бутов Ю. С. // Материалы Научно-практической конф. "Актуальные проблемы психолого-педагогической подготовки в медицинских вузах". — Ярославль, 2004. — С. 118—120.

3. Ефименко С. А. // Социология медицины. — 2007. — № 1. — С. 7—12.
4. Журавлева И. В. // Социология медицины. — 2006. — № 1. — С. 35—45.
5. Журавлева И. В. // Социология медицины. — 2008. — № 1. — С. 17—19.
6. Клустер Д. Что такое критическое мышление. — М., 2005. — С. 5—13.
7. Кошелев В. П. Система последиplomной подготовки врачебных кадров службы медицины катастроф (состояние и направления совершенствования): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
8. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002.
9. Резник С. Д. Преподаватель вуза. Технология и организация деятельности: Учеб. пособие. — М., 2008.
10. Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. — М., 2000.
11. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
12. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. — М., 2008. — С. 5—6; 245—258.

Поступила 03.02.11

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 614.2:616.98:578.828.6]-092:612.017.1]-084

А. В. Решетников¹, Р. М. Хаитов², С. А. Ефименко¹, Г. О. Гудима², И. Г. Сидорович², Э. В. Карамов², Н. Н. Богачанская¹, С. В. Павлов¹

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА

¹НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития России; ²ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России

"Пришло время, как с научной, так и с финансовой точки зрения, уделять больше внимания исследованиям лекарства, которое может излечить ВИЧ".

Бертран Одуэн [4]

Наиболее перспективным средством контроля и в конечном итоге прекращения эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа является профилактическая анти-ВИЧ/СПИД-вакцина, широкомасштабные исследования по созданию которой активно ведутся в мире и в нашей стране. Однако, пока вакцина не станет широкодоступной и активно используемой в группах риска ВИЧ-инфекции, данная цель не может быть реализована. В каком объеме правительства, особенно в развивающихся странах, будут готовы и способны субсидировать разработки анти-ВИЧ/СПИД-вакцины или закупать ее и затем распространять в своей стране? Кто получит вакцину и

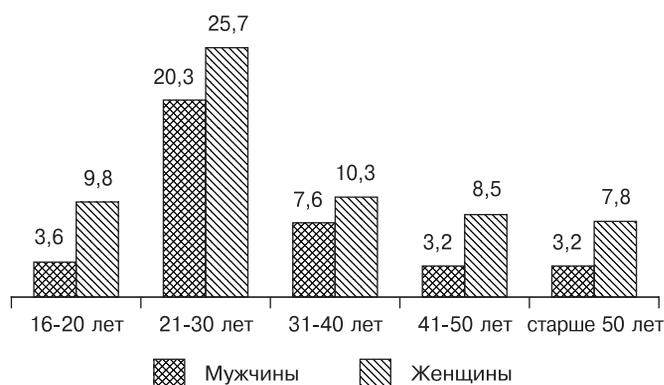
каково желание населения вакцинироваться? Готовы ли люди оплачивать вакцинацию, хотя бы частично?

Авторитетные международные организации, координирующие исследования по разработке анти-ВИЧ/СПИД-вакцин, в том числе International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) и Global HIV Vaccine Enterprise, считают, что рассматривать эти вопросы необходимо уже сейчас для обеспечения быстрого и достаточного широкого производства, финансирования и распространения анти-ВИЧ/СПИД-вакцины (IAVI Policy Brief, April, 2005).

Адекватное прогнозирование потребности в анти-ВИЧ/СПИД-вакцине является необходимым элементом в стимулировании научно-исследовательских разработок и обеспечивает быстрый глобальный доступ к ней. Прогноз потребности может положительно повлиять на такие критически важные аспекты, как инвестиции в научные исследования и разработки, организацию производства, международное распределение финансовых ресурсов, организацию поставки вакцины [6].

Прогнозирование потребности включает определение возможных сценариев вакцинации и факторов ее влияния при различных ожиданиях, а также оценку

А. В. Решетников — акад. РАМН, д-р мед. наук, д-р социол. наук, проф., дир. (socmed-1mgmu@mail.ru); *Р. М. Хаитов* — акад. РАН и РАМН, д-р мед. наук, проф., дир. (rkhaitov@mail.ru); *С. А. Ефименко* — д-р социол. наук, проф. каф. (socmed-1mgmu@mail.ru); *Г. О. Гудима* — д-р биол. наук, зав. лаб. (goudima@gmail.com); *И. Г. Сидорович* — д-р мед. наук, проф., зав. отд. (sidorovich@neumail.ru); *Э. В. Карамов* — д-р биол. наук, проф., зав. лаб. (karamov2004@yandex.ru); *Н. Н. Богачанская* — преподаватель (bogachanskaya@mail.ru); *С. В. Павлов* — преподаватель (pavlov-sv@list.ru)



Половозрастная характеристика опрошенных (%).

количества доз вакцины (или курсов вакцинации, при которых для достижения максимального протективного эффекта необходимо введение нескольких доз). При прогнозировании потребности в вакцине следует принимать во внимание различные комплексные и взаимосвязанные факторы, в том числе эффективность, стоимость и другие характеристики вакцины; эффективность вакцины — защитит она 90% вакцинированных или только 50%; наличие побочных эффектов; эффективность против различных субтипов ВИЧ; возможность применения вакцины у детей и подростков; стоимость производства и поставки вакцины.

Также важна оценка "приемлемости" (востребованности) вакцины, т. е. желания населения вакцинироваться. Ограниченные исследования, проведенные в ряде стран с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа, показали, что потребность в анти-ВИЧ/СПИД-вакцине составляет сотни миллионов курсов при практически полном охвате населения вакцинацией и десятки миллионов курсов при целевой вакцинации групп риска (IAVI, 2004—2006). При этом востребованность вакцины оказалась в 3—5 раз ниже [2]. IAVI придает большое значение развитию исследований по оценке потребности и востребованности анти-ВИЧ/СПИД-вакцины.

Подобные исследования также важны и для организации инфраструктуры клинических испытаний кандидатных вакцин против ВИЧ-инфекции/СПИДа, в частности для формирования когорт добровольцев.

Ниже приведены результаты первого медико-социологического исследования готовности населения Российской Федерации к вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Медико-социологическое исследование было осуществлено НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования (ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития России) совместно с ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России с ноября 2010 г. по февраль 2011 г. в Москве.

Разработанная анкета включала вопросы по информированности и уровню знаний респондентов по проблемам ВИЧ/СПИДа, по уровню толерантности к ВИЧ-инфицированным, по способам профилактики ВИЧ-инфекции и готовности респондентов к вакцинации.

В опросе приняли участие 416 респондентов в возрасте от 16 до 55 лет. Большинство опрошенных — женщины (61,1%) в возрасте 21—30 лет, имеющие высшее образование (см. рисунок).

Большинство опрошенных составили молодые люди, так как именно молодежь особо уязвима в плане инфици-

рования ВИЧ как в силу рискованного поведения, так и по целому ряду социальных и экономических причин.

Социальный статус респондентов представлен различными категориями, около трети опрошенных были студентами, 37,3% — служащими. 43,8% участников опроса состоят в браке, 40,6% — холосты или незамужем, 42,5% — имеют детей.

По мнению 54,8% опрошенных, ВИЧ-инфекция — социальная проблема, и более половины респондентов считает ее серьезной угрозой для населения России. Наибольшие опасения у респондентов вызывают неизлечимость ВИЧ-инфекции (62%), высокие темпы распространения (43,3%) и увеличивающийся риск заражения ВИЧ-инфекцией независимо от образа жизни (40,9%).

Знают о проблеме ВИЧ-инфекции/СПИДа многие — 47,1% опрошенных, по мнению 42,3% респондентов, информации недостаточно. 5,3% опрошенных практически ничего не знают о ВИЧ-инфекции/СПИДе, 5,3% — считают, что эта проблема их не касается.

Основными источниками информации о ВИЧ-инфекции респонденты назвали телевидение (60,8%), интернет (54,6%), публикации в журналах и газетах (48,6%), медицинских работников (28,8%) и информационные бюллетени (20%). Средства массовой информации должны играть важную роль в борьбе с ВИЧ-эпидемией — своевременное информирование о развитии эпидемии, публичная поддержка и защита прав людей, живущих с ВИЧ, будут снижать стигму и дискриминацию по отношению к этим людям и способствовать успешному внедрению профилактических программ [1]. Профилактика — это основа всех мер, предпринимаемых в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Поскольку наибольшее число заражений ВИЧ в России в 2010 г. произошло при употреблении наркотиков нестерильным инструментарием (59,2%) и при гетеросексуальных контактах (38,6%) [3], т. е. в процессе поведения, которое человек в большинстве случаев может изменять и контролировать, основную часть профилактических программ составляют так называемые поведенческие вмешательства, направленные на снижение индивидуального риска заражения.

Несмотря на все усилия по продвижению профилактических программ, как показывают результаты опроса, они неизвестны подавляющему числу (70,1%) опрошенных, Московская программа "Простые правила" знакома 24,1% принявших участие в опросе, только 5,1% респондентов знают программу "Снижение вреда".

Действующие профилактические программы рассчитаны в основном на молодежь, люди старшего возраста недостаточно знают о ВИЧ/СПИДе, уверены, что проблема их не коснется, и заражаются. В последние 10 лет наблюдается устойчивая тенденция к уменьшению доли молодежи среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ. В 2000 г. на долю подростков и молодежи в возрасте 15—20 лет приходилось 24,7% вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, в 2010 г. — только 2,2%. В возрастной группе 20—30 лет доля таких случаев сократилась соответственно с 64,4% в 2000 г. до 42,1% в 2010 г. Выраженное увеличение частоты выявления новых случаев в возрасте 30—40 лет (с 9,9% в 2000 г. до 39,8% в 2010 г.) может свидетельствовать о рискованном поведении представителей основного населения репродуктивного возраста. Все большее число больных выявляется на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а значит, эти люди были заражены ВИЧ в более молодом возрасте, но диагноз им не был

поставлен своевременно [3]. Для успеха программ профилактики ВИЧ необходимо использовать все известные эффективные подходы, не ограничиваясь одной или несколькими отдельными мерами.

Только 3,6% респондентов имеют ВИЧ-инфицированных знакомых, более трети (34,6%) опрошенных предполагают, что есть, но они не знают об этом точно. Основными причинами, по которым ВИЧ-инфицированные скрывают свой диагноз, по мнению респондентов, являются страх быть изолированным от близких людей (64,9%), боязнь потерять свой социальный статус (54,8%) и страх дискриминации на работе (44,5%). Однако были и такие, кто считает, что это связано с желанием инфицировать других (13,9%).

Свое отношение к ВИЧ-инфицированным большинство респондентов охарактеризовало как сочувствие и жалость (51,7%) и сопереживание (34,6%), страх испытывают 32,7% опрошенных.

Стоит отметить, что респонденты толерантно настроены к ВИЧ-инфицированным. Большинство считают, что ВИЧ-инфицированные могут учиться и работать в обычном коллективе, но контактировать с ними надо осторожно (42,5%), по мнению трети опрошенных у ВИЧ-инфицированных должна быть полноценная жизнь, как у всех людей. Негативно настроены лишь 5,1% ответивших.

В анкету были включены несколько жизненных ситуаций, помогающих оценить уровень толерантности к ВИЧ-инфицированным. Наибольшее одобрение вызвала ситуация ухода за близким человеком, больным СПИДом, с этим согласились 68% опрошенных. Проживание по соседству с носителем вируса не смущает 59,9% респондентов, иметь ВИЧ-инфицированного коллегу по работе вполне допустимо для 41,8%. Недопустимыми ситуациями были названы покупка продуктов у ВИЧ-инфицированного продавца (64,7%) и пребывание ребенка в одном классе с ВИЧ-инфицированным ребенком (54,3%), причем в последнем случае данный ответ был преобладающим среди как имеющих, так и не имеющих детей.

Выступая на III Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, Главный государственный санитарный врач РФ Г. Г. Онищенко сказал: "Очень часто не только взрослые, но и дети, затронутые эпидемией, встречаются с негативным отношением со стороны значительной части общества, неприятием со стороны соседей, сверстников, учителей, воспитателей и даже медицинских работников". Он подчеркнул, что такое отношение к ВИЧ-инфицированным является серьезным препятствием для профилактики распространения инфекции, выявления и регистрации новых случаев заражения, а также для диагностики и лечения. Необходимо менять психологию людей в отношении ВИЧ-инфицированных, нужно сделать так, чтобы заболевшие жили столько же, сколько их сверстники, рожали детей, создавали семьи и считались нормальными членами общества.

Если 10—15 лет назад большинство людей считали ВИЧ-инфекцию болезнью определенных категорий граждан, ведущих асоциальный образ жизни, то в настоящее время, как показал наш опрос, отношение к проблеме ВИЧ/СПИДа изменилось.

На вопрос о том, существует ли опасность заражения ВИЧ, ответы распределились следующим образом: только 30,5% опрошенных уверены, что для них нет опасности инфицирования, 31,7% — затруднились ответить. Более трети (36,3%) респондентов считает, что

опасность заражения вполне реальна, а наиболее вероятным способом называют половые контакты (51%) и выполнение медицинских манипуляций (38,7%).

Респондентам был задан вопрос о возможных путях предупреждения и замедления темпов распространения ВИЧ/СПИДа. Наиболее эффективными способами, по мнению респондентов, являются борьба с наркоманией (70%), использование презервативов при сексуальных контактах (67,8%), наличие постоянного сексуального партнера (52,6%), создание вакцины против ВИЧ-инфекции (51,2%), пропаганда самосохранительного поведения (40,1%), воспитание подростков в традициях воздержания от добрых связей (28,1%).

Одной из задач проведенного опроса была оценка готовности населения России к вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа. Подавляющее большинство (84,6%) опрошенных знают, что разработки анти-ВИЧ/СПИД-вакцины ведутся, но считают информацию о ней недостаточной.

Ответом на вопрос: "Готовы ли Вы вакцинироваться против ВИЧ-инфекции/СПИДа при условии создания анти-ВИЧ/СПИД-вакцины?" — более половины (59,7%) опрошенных выразили свою готовность, 38,9% — оказались не готовы к вакцинации, оставили вопрос без ответа 1,4% респондентов. Доля согласных вакцинироваться среди тех, кто признал для себя опасность заражения ВИЧ-инфекцией, в 1,6 раза выше, чем среди отрицающих это, — 78,7% против 48,4%. Готовность вакцинироваться среди респондентов, имеющих детей, гораздо ниже: вариант ответа "нет, не готов" выбрали 46% родителей и только 34,9% бездетных респондентов.

Согласие на вакцинацию зависит от эффективности защиты от ВИЧ-инфекции, при 30% эффективности защиты респонденты оценили свою готовность на 3,5 балла из 10 возможных, при 50% — на 5,2 балла, наивысший балл (8,8) соответствовал эффективности вакцины 90—95%.

В зависимости от длительности иммунной защиты от ВИЧ-инфекции существенно различается самооценка готовности респондентов: от 3,9 балла при длительности 1 год до 8,6 балла при 10-летней защите. Количество доз в схеме вакцинации также существенно влияет на готовность к вакцинации: при однократной дозе — 8,5 балла, при 2 дозах — 7,2 балла, при 3 — 6 баллов, при 4 — 4,7 балла, при 5 — 3,9 балла. Наиболее приемлемым путем введения вакцины, с наибольшим преимуществом над пероральным, назван инъекционный.

При отсутствии побочных эффектов готовность респондентов к вакцинации оценивается в 9,2 балла, наличие побочных эффектов снижает оценку до 6,3 балла.

Пятая часть респондентов, готовых к вакцинации, дадут свое согласие только при условии бесплатной вакцинации, для 44,6% респондентов это не является принципиальным. Стоимость вакцины не имеет значения для четверти опрошенных, 42,9% согласных респондентов будут вакцинироваться при стоимости вакцины до 2 тыс. рублей.

Полученные данные в целом совпадают с тенденциями, отмеченными в зарубежных исследованиях, хотя готовность населения к вакцинации оказалась ниже как в общей популяции (59,7% против 78%), так и в группе потенциального риска ВИЧ-инфекции (78,7% против 95—97%) [5]. Это, в частности, указывает на необходимость совершенствования образовательных программ, направленных на повышение информированности

населения о разработке вакцин для предотвращения ВИЧ-инфекции, их безопасности и особенностях.

Как показывают многочисленные социальные и психологические исследования, средства массовой информации играют важную роль в формировании мировоззрения как подрастающего поколения, так и всего населения страны по отношению к тому или иному вопросу. Поэтому очень важным считаем увеличение доли передач и статей, посвященных проблемам ВИЧ/СПИДа; недопустимость предоставления спорности и некачественной информации; обеспечение журналистов дополнительной информацией об этических, содержательных и инструментальных формах, в рамках которых целесообразно готовить материал для получения профилактического эффекта и снижения стигмы по отношению к людям, живущим с ВИЧ.

Данная работа открывает широкие перспективы в оценке потребности в анти-ВИЧ/СПИД-вакцине в масштабах страны, ее востребованности и готовности населения к вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа, а также к участию в клинических испытаниях разрабатываемых анти-ВИЧ/СПИД-вакцин. Результаты подобных исследований могут послужить основой для разработки государственных стратегических мер в области иммунопрофилактики ВИЧ-инфекции.

Необходимо вкладывать средства не только в профилактические мероприятия, но и в исследования, которые расширяют базу необходимых данных как для профилактики ВИЧ-инфекции, так и для мониторинга и оценки ее эффективности.

С целью оценки готовности населения к профилактической вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа в Москве с ноября 2010 г. по февраль 2011 г. проведено медико-социологическое исследование. В опросе приняли участие 416 респондентов в возрасте от 16 до 55 лет, большинство из которых выразили свою готовность к вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа

при условии создания анти-ВИЧ/СПИД-вакцины. Согласие вакцинироваться напрямую зависит от эффективности вакцины, длительности иммунной защиты, отсутствия побочных эффектов и ее стоимости.

Ключевые слова: профилактическая анти-ВИЧ/СПИД-вакцина, кандидатная вакцина, готовность к вакцинации

The medical sociological study of readiness of population of the Russian Federation to the re-vaccination against AIDS/HIV infection

A.V. Reshetnikov, R.M. Khaitov, S.A. Efimenko, G.O. Gudima, I.G. Sidorovitch, E.V. Karamov, N.N. Bogatchanskaya, S.V. Pavlov

In Moscow, from November 2010 to February 2011, the medical sociological study was organized to assess the readiness of population to the preventive vaccination against AIDS/HIV-infection. In the survey participated 416 respondents aged from 16 to 55 years. The majority of them expressed readiness to vaccination against AIDS/HIV-infection on conditions that the corresponding vaccine will be developed. The agreement to be vaccinated directly depends on the effectiveness of vaccine, immunity defense durability and absence of side effects and its cost.

Key words: AIDS/HIV-infection, vaccine, candidate vaccine, readiness to vaccination

ЛИТЕРАТУРА

1. Хаитов Р. М., Решетников А. В., Сидорович И. Г. и др. Клинические испытания первой отечественной анти-ВИЧ/СПИД-вакцины. — М., 2009.
2. Esparza J., Chang M.-L., Widdus R. et al. // *Vaccine*. — 2003. — Vol. 21. — P. 2032—2041.
3. <http://www.hivrussia.ru/stat/2010.shtml>
4. http://www.bbc.co.uk/russian/science/2011/06/110601_hiv_money.shtml
5. Suraratdecha C., Ainsworth M., Tangcharoensathien V., Whittington D. // *Hlth Policy*. — 2005. — Vol. 71, N 3. — P. 271—287.
6. Walker S., Rowley J., Hecht R. *Speeding the Manufacture of an HIV Vaccine: Policy Issues and Options*. — New York, 2005.

Поступила 30.09.11

В. П. Бабинцев, М. Н. Реутова

ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ

Белгородский государственный университет

Демографическая ситуация в настоящее время привлекает к себе все большее внимание властных структур и общественности как на федеральном, так и на региональном уровне. Очевидно, можно утверждать, что в общественном мнении наконец-то сформировано представление о принадлежности демографического фактора к числу важнейших факторов, определяющих перспективы развития любого социума [2]. Существенно и то, что в подавляющем большинстве российских регионов демографическую ситуацию можно охарактеризовать как неблагоприятную. При этом Белгородская область занимает второе место в Центральном федеральном округе после Москвы по основным демографическим показателям. Однако, несмотря на некоторое снижение коэффициента естественной убыли населения в 2010 г. (в январе—июле составил 3,7) по сравнению с 2009 г. (4,0 за аналогичный

период), соотношение между смертностью и рождаемостью на территории региона не позволяет говорить даже о простом воспроизводстве населения [1].

Демографическая ситуация в Белгородской области характеризуется рядом особенностей. Во-первых, имеются различия в естественном движении городского и сельского населения. Так, численность городского населения за 2009 г. увеличилась на 5,4 тыс. человек (0,5%), при этом произошло уменьшение численности сельского населения на 0,4 тыс. человек (-0,1%) [3].

Во-вторых, особенностью демографической ситуации в области является также неравномерность положения дел в различных муниципальных образованиях на ее территории.

Данные статистики за 2009 г. свидетельствуют, что прирост населения наблюдается прежде всего в городах: Белгороде — на 4,5 тыс. человек (1,3%), Старом Осколе — на 0,5 тыс. человек (0,2%), Строителе — на 0,3 тыс. человек (1,3%), Грайвороне — на 0,1 тыс. человек (1,6%). В Алексеевке, Губкине, Короче и Новом

В. П. Бабинцев — д-р философ. наук, проф., зав. каф. (babintsev@bsu.edu.ru); *М. Н. Реутова* — канд. социол. наук, доц. каф. (reutova@bsu.edu.ru)

Осколе численность населения сохранилась на уровне 2008 г., в остальных городах произошло снижение численности на 0,1—0,2 тыс. человек.

В ряде муниципальных образований отмечено увеличение численности населения: Белгородском — на 2,4 тыс. человек (2,3%), Борисовском, Шебекинском и Яковлевском — на 0,2 тыс. человек (0,8 и по 0,4% соответственно), Грайворонском, Губкинском, Ракитянском и Ровеньском — по 0,1 тыс. человек.

Население половины районов области уменьшилось на 0,1—0,5 тыс. человек в основном за счет снижения численности постоянно проживающих в сельской местности. Наибольшее сокращение наблюдалось в Прохоровском районе (на 0,5 тыс. человек). В Старооскольском, Корочанском и Краснояружском районах (в двух последних в 2007—2008 гг. было зафиксировано снижение рождаемости и более высокий по сравнению со среднеобластными значениями коэффициент смертности) численность населения осталась на уровне 2008 г. [3].

Следует отметить, что, как правило, оценка демографической ситуации на территории области осуществляется при помощи статистических методик, которые при всей их распространенности и обоснованности не позволяют выявить весь комплекс причин, обуславливающих различное состояние воспроизводства населения на территории отдельных муниципальных районов Белгородской области; отсутствует система мониторинга демографической ситуации в регионе, которая позволяет выявить динамику основных демографических показателей по годам и провести комплексный анализ состояния естественного воспроизводства населения в регионе.

Соответственно для комплексного изучения факторов воспроизводства населения необходимо использовать не только статистические данные, но и социологические методы, позволяющие выявить демографические установки и ценности населения. Одним из следствий осознания такой необходимости было решение о проведении в Белгородской области в ноябре—декабре 2009 г. социологического исследования*, которое включало в себя эмпирическое изучение репродуктивных установок и других факторов, влияющих на уровень естественного воспроизводства населения в отдельных муниципальных районах Белгородской области. Полученные результаты позволили не только выявить наиболее значимые факторы, влияющие на соотношение рождаемости и смертности на территории различных муниципальных образований области, но и разработать методику мониторинга демографической ситуации в регионе. Данная методика была предложена для апробации на территории региона Департаменту здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области и может быть использована для оценки демографической ситуации в других субъектах РФ.

Проведенное исследование дает основание утверждать, что для населения всех обследованных муниципальных районов Белгородской области типична приоритетная установка на малодетную (однородную, в лучшем случае — двухдетную) или даже бездетную семью. Так, на вопрос: "Какое количество детей Вы считаете для себя достаточным в данных жизненных

обстоятельствах?" почти половина (47,38%) респондентов ответили, что одного ребенка, 39,63% — двух детей, 5,38% — трех, 1,75% — больше трех, 5,88% вообще не хотели бы иметь детей с учетом их реальных жизненных обстоятельств.

Эта установка является устойчивой и в значительной степени формируется в раннем юношестве, а, скорее всего, уже и в детском возрасте. Результаты исследования выявили прямую зависимость между возрастом и нормативной детностью. Вообще не желают заводить детей 13,27% респондентов 14—19 лет. У 20—29-летних соответствующая доля понижается до 3,74%; 30—39-летних — до 6,9%; 40—49-летних — до 3,77%; 50—55-летних — до 4,39%. Однако в данном случае необходимо, безусловно, учитывать возможность изменения репродуктивных установок в самой молодой группе, связанной с естественным переходом к ранней зрелости и обретением желания создать семью.

Вместе с тем ряд данных свидетельствует, что дети все чаще рассматриваются белгородцами как источник проблем, в том числе и семейных. В силу данного обстоятельства установка на малодетность и бездетность мало подвержена корректировке за счет административных, социально-экономических и политических мер. Радикально менять данную установку, очевидно, следует путем коррекции ценностно-целевых ориентаций и жизненных смыслов граждан. В то же время такой вывод не означает, что не следует разрабатывать и применять меры оперативного воздействия на демографическую ситуацию, просто всегда необходимо учитывать ограниченность связанных с ними возможностей.

Несмотря на то что во всех районах преобладает установка на малодетность, некоторые из них в каждый конкретный период времени могут различаться между собой в отношении демографической ситуации. В настоящем исследовании на основании статистических данных 3 района, на территории которых осуществлялся сбор первичной социологической информации, относятся к числу "неблагополучных" (Корочанский, Краснояружский, Прохоровский), 4 — к числу "благополучных" (Белгородский, Валуйский, Губкинский, Краснояружский). Однако опрос не выявил значительного числа факторов, которые были бы общими для "неблагополучных" районов, оказывая в них негативное воздействие на рождаемость и смертность. Исключение составляют лишь два из них: фактор алкоголизма и наркомании и фактор доступности медицинских услуг, которые во всех случаях негативно воздействуют на демографическую ситуацию и конкретно на репродуктивные установки.

Можно утверждать, что для каждого муниципального района типична специфическая конфигурация факторов, ухудшающих демографическую ситуацию либо улучшающих ее. Они, очевидно, определяются общей социально-экономической ситуацией в муниципальном образовании, результативностью государственной и муниципальной политики на данной территории, а также культурными традициями.

В так называемых неблагополучных районах главными специфическими факторами, отрицательно влияющими на соотношение рождаемости и смертности, являются: — сравнительно высокий уровень неудовлетворенности жилищными условиями; — недостаточная удовлетворенность работой учреждений дошкольного образования; — низкий уровень удовлетворенности состоянием системы здравоохранения;

* Исследование проблем демографии в разрезе муниципальных образований проводилось по заказу Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области (государственный контракт от 15 октября 2009 г.), рук. — проф. В. П. Бабинцев. Выборка (многоступенчатая, квотная) составила 800 респондентов.

- относительно меньшая, чем в других районах, доступность услуг врачей-специалистов (по болезням желудочно-кишечного тракта, гинекологов, специалистов по диагностике заболеваний и кардиологов);
- недостаточная удовлетворенность организацией социальной защиты населения;
- высокий уровень неудовлетворенности работой;
- пессимистичные оценки будущего ("жизнь станет хуже"), которые, как правило, являются одним из следствий неудовлетворительной работы органов муниципального управления.

Полученные данные позволяют выделить факторы, которые позитивно влияют на демографическую ситуацию и репродуктивные установки. К ним относятся:

- сравнительно высокая оценка уровня жизни;
- удовлетворенность жилищными условиями, коррелирующая с установками на рождение двух детей;
- относительно незначительные проблемы функционирования дошкольных учреждений;
- большая удовлетворенность реализацией демографической политики;
- относительно высокий уровень оптимизма населения, который, как правило, является реакцией на конструктивные решения и действия региональной и муниципальной власти.

Факторы естественного прироста населения, выявленные в ходе социологического исследования проблем демографии в разрезе муниципальных образований Белгородской области, а также анализ данных статистики позволили разработать методику оценки демографической ситуации в регионе (на примере Белгородской области). Целью оценки демографической ситуации в Белгородской области в разрезе муниципальных образований является сбор, обработка и анализ информации о характере демографических проблем, специфике репродуктивного поведения различных групп населения и результативности демографической политики, необходимой для принятия управленческих решений на государственном и муниципальном уровнях.

Предложенная методика носит мониторинговый характер, т. е. предполагает:

- периодические замеры, по которым можно судить об их динамике (проведенный анализ позволяет рекомендовать проведение мониторинга 1 раз в год);
- систематическое выяснение состояния показателей и использование этой информации по каналам обратной связи для принятия оптимальных управленческих решений;
- выработку и реализацию преобразовательных управляющих воздействий на объекты, явления и процессы, которые попадают в зону мониторинга, т. е. мониторинг не сводится лишь к измерительно-оценочной деятельности.

Проведение мониторинга позволит государственным и муниципальным органам совершенствовать процесс планирования стратегических решений и корректировать проводимую политику в случае возникновения ошибок, различных ограничений и т. д. Задача мониторинга состоит в отслеживании изменений, которые происходят с течением времени в демографической ситуации в муниципальных образованиях, в ресурсах, процессе и конечных результатах демографической политики, при помощи ведения учетных записей, создания системы регулярной отчетности.

Организационный механизм мониторинга включает в себя:

1. Определение структуры, осуществляющей планирование, организацию и анализ результатов мониторинга.

В качестве такой структуры должен выступать Департамент здравоохранения и социальной защиты населения субъекта федерации (Белгородской области). Непосредственный исполнитель мониторинга — рабочая группа по проведению мониторинга, которая создается приказом начальника Департамента.

2. Формирование сети интервьюеров во всех муниципальных образованиях области.

Мы полагаем, что интервьюерами должны быть специально отобранные и прошедшие подготовку работники органов загса или социальной защиты населения. Их функциональными обязанностями являются:

- сбор статистических данных по предложенным рабочей группой показателям и индикаторам;
- систематизация полученных данных и их ввод в компьютерную базу;
- проведение социологического опроса на основе предложенного рабочей группой Департамента инструментария;
- первичная обработка результатов опроса;
- подготовка краткого экспертного заключения о динамике демографической ситуации в муниципальном районе и проблемах демографической политики;
- информирование рабочей группы Департамента о решениях и действиях органов муниципального управления, направленных на решение демографических проблем.

3. Организация обучения интервьюеров.

Ее целесообразно осуществлять ежегодно в течение одного дня работниками Департамента здравоохранения и социальной защиты населения, специалистами Белгородского государственного университета в области социологии и статистики по специальной программе. Задачами обучения являются:

- обучение методике сбора и обработки информации;
- информирование интервьюеров о задачах очередного этапа мониторинга;
- информирование интервьюеров о динамике демографической ситуации;
- ознакомление интервьюеров с нормативными актами по проблемам демографической политики федерального и регионального уровней.

4. Информационно-аналитическое сопровождение мониторинга.

Мониторинг предполагает:

- формирование регионального банка данных в качестве самостоятельного ресурса на сайте Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области;
- регулярное размещение аналитических материалов по итогам каждого этапа его проведения в региональных и местных СМИ;
- организация семинаров с участием экспертов, на которых обсуждаются результаты оценки и формулируются рекомендации в адрес органов государственного и муниципального управления.

5. Определение системы показателей мониторинга.

Выбор показателей осуществляется в соответствии со следующими принципами требованиями:

- показатели должны максимально полно отражать: а) демографическую ситуацию в муниципальном образовании; б) характер репродуктивных установок и демографического поведения населения; в) процесс реализации демографической политики;

Соотношение показателей и индикаторов, выявляемых в ходе социологических опросов в рамках мониторинга демографической ситуации в регионе

Показатель	Индикаторы
1) Репродуктивные установки (реальные и идеальные)	Представление респондентов о количестве детей, которое они хотели бы иметь в идеальных условиях; Представление респондентов о количестве детей, которое они хотели бы иметь в данных жизненных обстоятельствах
2) Оценка населением качества своей жизни	Самооценка уровня собственных доходов; оценка доступности медицинского обслуживания; оценка доступности образования; уровень удовлетворенности жизнью; оценка уровня общественной и личной безопасности
3) Оценка удовлетворенности решением проблемы занятости и качества трудовой деятельности	Наличие постоянной занятости; удовлетворенность уровнем заработной платы; удовлетворенность содержанием труда; оценка эффективности деятельности органов занятости населения
4) Оценка доступности медицинского обслуживания	Наличие специалистов различного профиля в лечебных учреждениях, занимающихся обслуживанием данной территории; близость лечебных учреждений, возможность добираться на общественном или личном транспорте; качество
5) Определение уровня оценки гражданами социальной безопасности (защищенности) себя и своих близких	Оценка своих ближайших жизненных перспектив
6) Оценка действий региональной и муниципальной власти в социальной сфере и конкретно в сфере демографической политики	Степень удовлетворенности действиями муниципальной власти в социальной сфере; степень удовлетворенности действиями муниципальной власти в сфере демографической политики; степень доверия органам муниципальной власти
7) Определение уровня удовлетворенности населения жилищными условиями	Степень удовлетворенности жилищными условиями; оценка респондентами своих возможностей для улучшения жилищных условий

- показатели не должны создавать необоснованных затруднений для тех, кто осуществляет сбор информации;
- показатели должны по возможности выбираться из официально утвержденных и используемых органами государственной статистики или государственной власти области, основываясь на существующих источниках и базах данных;
- показатели должны быть количественными и допускать измерение, повторяющееся с течением времени; в крайнем случае, индикаторы должны отражать два взаимоисключающих варианта ответа на поставленный вопрос.

С учетом этих требований представляется необходимым выделить три группы показателей с точки зрения их функциональной роли:

- а) данные статистики;
- б) результаты социологических опросов. Для их получения для каждого муниципального района формируется репрезентативная выборка;
- в) экспертные оценки интервьюеров.

В качестве статистических показателей для мониторинга изменения демографической ситуации в муниципальных образованиях области нами предложены следующие:

- 1) коэффициент рождаемости (число родившихся детей на 1000 населения);
- 2) коэффициент общей смертности (число умерших на 1000 населения);
- 3) коэффициент брачности (число браков на 1000 населения);
- 4) коэффициент разводимости (число разводов на 1000 населения);
- 5) коэффициент младенческой смертности (число детей, умерших в возрасте от 1 года на 1000 родившихся живыми);
- 6) коэффициент смертности от случайных отравлений алкоголем, всех видов транспортных травм, самоубийств (на 10 000 населения).

Дополнительные показатели:

- 7) количество беременных женщин на 1000 населения;
- 8) количество аборт на 1000 женщин фертильного возраста;
- 9) количество одиноких женщин в возрасте от 30 до 45 лет, не имеющих детей и имеющих одного, двух, трех детей и более (по отношению к общему количеству одиноких женщин этой возрастной группы);
- 10) количество матерей, не подлежащих социальному страхованию и получающих ежемесячное пособие по уходу за ребенком в возрасте до 1,5 года с учетом изменений в федеральном и областном законодательстве, по отношению к общему количеству таких матерей;
- 11) удельный вес многодетных семей (в проценте от общей численности населения);
- 12) удельный вес молодежи от 18 до 29 лет в общей численности населения;
- 13) число молодых семей, улучшивших свои жилищные условия (в проценте от общего числа семейных пар в возрасте до 30 лет, нуждающихся в улучшении жилищных условий);
- 14) количество родителей, лишенных родительских прав в отношении к количеству детей (на 1000 детского населения);
- 15) число граждан, имеющих доход ниже прожиточного минимума (в проценте от общей численности населения).

Наряду со статистическими целесообразно использовать показатели и индикаторы, измеряемые в ходе социологических опросов (см. таблицу).

Использование социологических данных позволит интерпретировать данные статистики и выявить факторы, позитивно и негативно влияющие на демографическое поведение населения.

К показателям, выявляемым в ходе экспертной оценки мы предлагаем отнести:

1) состояние информационно-разъяснительной работы среди молодежи по созданию образа семьи со стабильно зарегистрированным браком (юридические консультации, мероприятия с учащимися старших классов, студентов ССУЗов, вузов;

2) количество и разнообразие форм работы, направленных на укрепление молодой семьи;

3) содержание и эффективность материалов, направленных на воспитание семейных ценностей, размещенных в печатных и электронных СМИ;

4) уровень алкоголизации населения, в том числе молодых женщин.

Применение комплекса показателей при наличии организационной модели их получения и интерпретации позволит, по нашему мнению, получать максимально достоверную информацию о демографических процессах, которая станет основой для управленческих решений.

В статье представлены результаты социологического анализа факторов естественного воспроизводства населения региона в разрезе отдельных муниципальных образований (на примере Белгородской области). Выявлены факторы, оказывающие наиболее существенное влияние на демографическую ситуацию. Предложена методика мониторинга оценки демографической ситуации на уровне региона, включающая в себя организационный механизм и систему показателей оценки.

Ключевые слова: факторы естественного воспроизводства населения, репродуктивные установки, мониторинг оценки демографической ситуации

The organization of monitoring of demographic situation
In the region

V.P. Babintsev, M.N. Reutova

The article presents the results of sociological analysis of factors of natural reproduction of regional population from the point of view of particular municipal formations (Belgorodskaya oblast as a case study). The factors most impacting the demographic situation are determined. The technique of monitoring of assessment of demographic situation on the regional level is proposed with organizational mechanism and system of indicators included.

Key words: factors of natural reproduction of population, reproductive attitudes, monitoring of demographic situation assessment

ЛИТЕРАТУРА

1. Естественное движение населения в Белгородской области за январь—июль 2010 года // Режим доступа к изд.: http://belg.gks.ru/digital/region1/2007/edn_0710.doc
2. *Решетников А. В.* Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
3. Численность населения Белгородской области на 1 января 2010 года // Режим доступа к изд.: <http://belg.gks.ru/digital/region1/2007/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB2010.doc>

Поступила 11.10.11

СОЦИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 614.2:616-002.5-058

А. В. Мордык, Л. В. Пузырева, Т. Г. Подкопаева

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия

Туберкулез остается серьезной глобальной проблемой современности. Изменения, происходящие в России с начала 90-х годов, привели к снижению уровня жизни широких слоев населения, что отразилось на распространении туберкулеза [3, 5].

Профилактические мероприятия дают ресурсосберегающий эффект. Однако проведение профилактической работы среди населения в значительной мере осложняется тем, что большая категория жителей городов и сел не уделяет должного внимания своему здоровью в связи с озабоченностью другими проблемами, экономическими и социальными [1, 4, 6]. Принимая во внимание рекомендации ВОЗ и предложения отечественных ученых [2], крайне важно учитывать региональные особенности социальных, экологических, эпидемиологических условий, опыт работы противотуберкулезных служб и определить оптимальную, социально значимую и экономически обоснованную систему профилактических мер для конкретной территории.

Анализ состояния лечебно-профилактической работы в медицинских учреждениях с использованием

медико-социологических методов дает возможность оценить ситуацию как в конкретном лечебном учреждении, так и в здравоохранении в целом. Таким образом, руководитель здравоохранения может использовать научно обоснованные данные социологических исследований при решении конкретных проблем.

Целью исследования было определение влияния социального статуса больных туберкулезом на их отношение к лечению.

Материалы и методы

Для изучения поставленной цели проводилось проспективное исследование в условиях бюджетного учреждения здравоохранения Омской области Клинический противотуберкулезный диспансер № 4 (БУЗОО КПТД № 4) в период с 01.04.10 по 20.04.10. Было проведено социологическое анкетирование (разработанное авторами) 200 пациентов в возрасте от 20—70 лет, находящихся на лечении в стационаре БУЗОО КПТД № 4; участники исследования расценили анкетирование как социально-адаптированное. Группу контроля составили здоровые люди. Обязательным условием для обеих групп анкетированных являлось отсутствие медицинского образования.

А. В. Мордык — д-р мед. наук, проф. каф. (amordik@mail.ru);
Л. В. Пузырева — аспирант (puzirevalv@mail.ru); *Т. Г. Подкопаева* — аспирант (3812-65-30-15)

Таблица 1

Вопрос	Больные		Здоровые		χ^2	p
	абс.	%	абс.	%		
Пол:						
мужчины	117	58,5	113	56,5	0,09	0,76
женщины	83	41,5	87	43,5		
Образование:						
начальное	9	4,5	9	4,5	13,0	0,01
среднее	61	30,5	35	17,5		
средне-специальное	90	45,0	91	45,5		
незаконченное высшее	16	8,0	27	13,5		
высшее	24	12,0	38	19,0		
Семейное положение:						
не замужем/не женат	86	43,0	57	28,5	9,8	0,00
состою в браке	101	50,5	131	65,5		
вдова/вдовец	13	6,5	12	6,0		
Профессия:						
учащийся	15	7,5	15	7,5	90,2	0,00
рабочий	45	22,5	68	34,0		
служащий	28	14,0	77	38,5		
пенсионер	17	8,5	15	7,5		
инвалид	22	11,0	4	2,0		
работаю неофициально	44	22,0	11	5,5		
не работаю	29	14,5	10	5,0		
Место проживания:						
частный дом	31	15,5	43	21,5	8,4	0,07
отдельная квартира	127	63,5	132	66,0		
коммунальная квартира	17	8,5	10	5,0		
общежитие	9	4,5	9	4,5		
нет собственного жилья	16	8,0	6	3,0		
Жилищно-бытовые условия:						
удовлетворительные	178	89,0	178	89,0	0,02	0,87
неудовлетворительные	22	11,0	22	11,0		
Наличие вредных привычек:						
нет	95	47,5	128	64,0	11,0	0,00
курение	96	48,0	66	33,0		
алкоголь	9	4,5	6	3,0		
Судимость:						
есть	52	26,0	14	7,0	24,8	0,00
нет	148	74,0	186	93,0		

Полученные данные обработаны с использованием критерия χ^2 (критическое значение при $\chi^2 = 5,8$) и p (при $p < 0,05$).

Результаты исследования и обсуждение

В основной группе (табл. 1) преобладали мужчины (58,5%) в возрасте от 30 до 39 лет (19,5%). 45% лиц имели среднее специальное образование, 50,5% состояли в браке, 22,5% имели профессию рабочего, 63,5% проживали в отдельной квартире, удовлетворительные жилищно-бытовые условия имели 89%. Отрицали судимость 74% опрошенных. Среди больных туберкулезом курильщиков было 48%, при этом выкуривали в день от 10 до 20 сигарет 27,5%. Желание избавиться от вредных привычек отметили 43% пациентов.

Среди респондентов контрольной группы (здоровые) также преобладали мужчины — 56,5% ($\chi^2 = 0,09$; $p = 0,76$) в возрасте от 30 до 39 лет ($\chi^2 = 15,1$; $p = 0,00$). 45,5% здоровых опрошенных имели среднее специаль-

ное образование ($\chi^2 = 13,0$; $p = 0,01$), 65,5% состояли в браке ($\chi^2 = 98,0$; $p = 0,00$), 38,5% были служащими ($\chi^2 = 90,2$; $p = 0,00$), 66% проживали в отдельной квартире ($\chi^2 = 8,4$; $p = 0,07$) и 89% имели удовлетворительные жилищно-бытовые условия ($\chi^2 = 0,02$; $p = 0,87$).

Не имел судимость 93,3% опрошенных контрольной группы ($\chi^2 = 24,8$; $p = 0,00$). Среди лиц, ранее не болевших туберкулезом, наличие вредных привычек отрицали 64% респондентов ($\chi^2 = 11,0$; $p = 0,00$; см. табл. 1).

Большинство больных туберкулезом (34%) на момент опроса имели доход от 5 до 10 тыс. рублей на одного человека в месяц. Среди здоровых такой же доход указали 37,5% опрошенных ($\chi^2 = 40,8$; $p = 0,00$). На вопрос, как вы оцениваете свое материальное положение за последний год, до заболевания, 44,5% больных ответили, что денег в основном хватало, но покупка дорогих вещей (мебель, бытовая техника) требовала длительного накопления. Так же ответили 57,5% лиц контрольной группы ($\chi^2 = 15,9$; $p = 0,00$). В настоящее время материальное положение больных ухудшилось,

Таблица 2

Вопрос	Количество ответивших	
	абс.	%
Отношение больных туберкулезом к лечению в стационаре		
<i>По какой причине вы бы прервали лечение в стационаре?</i>		
Считаю себя здоровым	45	22,5
Предпочитаю вернуться к привычному образу жизни	27	13,5
Вынужден зарабатывать на жизнь (нет больничного листа)	75	37,0
Не удовлетворен условиями пребывания в стационаре	24	12,0
Нет таких причин	29	14,5
<i>Что вам не нравится в стационаре?</i>		
Все устраивает	25	11,5
Много людей в палате	57	28,5
Плохое кормление	4	2,0
Плохое лечение	1	0,5
Нет условий для отдыха	19	9,5
Нет условий для прогулок	18	9,0
Отказываюсь отвечать	34	17,0
Другое (подписывали сами пациенты)	42	21,0
не устраивает общий туалет	13	6,5
не отпускают домой	29	14,5

35,5% пациентов сообщили, что денег хватало только на еду и одежду ($\chi^2 = 51,6$; $p = 0,00$).

При изучении отношения пациента к своему заболеванию и к себе были получены следующие ответы (табл. 2). На вопрос, по какой причине вы бы прервали лечение в стационаре, были получены следующие ответы: считают себя здоровыми 22,5%; предпочитают вернуться к привычному образу жизни 13,5%. Некоторые респонденты по собственному желанию уточняли в анкете условия своего труда и характер его изменения. Они работали в частных фирмах без оформления официальной документации или имели сезонные, нестабильные заработки. Часть больных (37%) хотели бы прервать лечение в стационаре, так как вынуждены зарабатывать на жизнь (нет больничного листа). Не удовлетворены условиями пребывания в стационаре 12%. Не было причин для прерывания стационарного лечения у 14,5% больных туберкулезом.

На вопрос в анкете, что не нравится в стационаре, 28,5% опрошенных ответили, что недовольны большим количеством соседей по палате; устраивало все 11,5% пациентов, отказались отвечать 17% опрошенных. Плохое питание отметили 2%, а плохое лечение — только 0,5% больных (см. табл. 2).

Находясь в стационаре в течение длительного времени, хотели бы получать внимание медицинского персонала 38,5% пациентов, в группе здоровых этот показатель выше — 43,5% ($\chi^2 = 4,5$; $p = 0,3$). Материальную помощь хотят получать 33,5% больных, в группе контроля — 24,5% опрошенных. Из видов социальной помощи более 50% опрошенных в обеих группах назвали получение денежных средств. В советах психолога нуждаются 15,5% больных и здоровых, в советах юриста — 5% больных и 9% здоровых ($\chi^2 = 14,7$; $p = 0,00$) (табл. 3).

Таблица 3

Вопрос	Виды помощи, необходимые респондентам				χ^2	p
	Больные		Здоровые			
	абс.	%	абс.	%		
Что бы вы хотели получить, находясь в стационаре в течение длительного времени?						
Внимание медицинского персонала	77	38,5	87	43,5	4,5	0,3
Дополнительное питание	11	5,5	14	7,0		
Материальную помощь	67	33,5	49	24,5		
Помощь друзей	9	4,5	13	6,5		
Ничего	36	18,0	37	18,5		
Какую социальную помощь вы хотите получить?						
Набор продуктов	13	6,5	6	3,0	14,7	0,00
Средства личной гигиены	5	2,5	0	0		
Одежда/обувь	1	0,5	0	0		
Советы юриста	10	5,0	18	9,0		
Советы психолога	31	15,5	31	15,5		
Деньги	101	50,5	113	56,5		
Ничего	36	18,0	32	16,0		
Другое (подписывали сами больные):						
дом инвалидов	2	1,0	0	0		
возможность работать	1	0,5	0	0		

Болезнь изменила образ жизни больных туберкулезом. Изменение социального статуса в связи с заболеванием отметили 73% опрошенных (табл. 4). Из них 20,5% потеряли работу, 10,5% стали инвалидами по туберкулезу, у 7% ухудшились отношения в семье; изменение социального положения отметили 19% опрошенных. При желании пациент мог детализировать свой ответ, уточнить некоторые важные с его точки зрения подробности. Так, 6% указали, что их не навещают родственники, а 6,5% больных стыдятся своего заболевания и скрывают, что находятся на лечении.

Большинство больных туберкулезом — 57% считают, что помочь им вылечиться должен врач. Согласно сами себе помочь 12%, а 16,5% опрошенных готовы сотрудничать с врачом. 30,5% больных туберкулезом хотят вылечиться в течение года, 30% — в течение полугода, а не задумывались об этом 11,5% респондентов. Хотят получить инвалидность по туберкулезу 12%, не желают иметь инвалидность 77%. В то же время не знают ответа на этот вопрос 11% пациентов. Среди больных туберкулезом доверяют лечащему врачу 82% опрошенных.

Выводы

1. Лица, включенные в исследование, были неплохо адаптированы в обществе, большинство из них имели среднее специальное образование, средний уровень материального положения. Однако у пациентов противотуберкулезных учреждений уровень доходов снижался после выявления заболевания. Больные туберкулезом достоверно чаще имели вредные привычки и были судимы.

2. Большинство (85,5%) больных туберкулезом хотели прервать лечение в стационаре из-за необходи-

Таблица 4
Изменение социального статуса у больных туберкулезом

Вопрос	Количество ответивших	
	абс.	%
Изменение социального статуса в связи с заболеванием туберкулезом?		
Не изменился	54	27,0
Потерял работу в связи с туберкулезом	41	20,5
Стал инвалидом по туберкулезу	21	10,5
Социальное положение улучшилось	4	2,0
Ухудшились отношения в семье	14	7,0
Социальное положение ухудшилось	38	19,0
Пока неясно	3	1,5
Другое (подписывали сами пациенты)	25	12,5
не ходят родственники	12	6,0
стыдно, скрываю, что нахожусь в стационаре	13	6,5

мости зарабатывать. Ввиду ухудшения материального положения четверть пациентов нуждались в материальной помощи. Более 50% больных туберкулезом предпочитали получать материальную помощь в виде денежных средств.

3. Социальная изоляция и социальные последствия заболевания характерны почти для всех больных туберкулезом легких: ухудшение отношения окружающих и родственников, условий труда, изменение семейного положения, нарушение из-за болезни жизненных планов.

4. Находясь в стационаре в течение длительного времени, пациенты остро нуждались во внимании медицинского персонала, при этом их не устраивало большое количество людей в палате. Около одной трети пациентов понимали, что лечение туберкулеза будет длительным, предположительно в течение года. Большая часть больных доверяли лечащему врачу, считая, что излечение заболевания зависит не от них самих, а только от лечащего врача.

Изучали влияние социального статуса больных туберкулезом на их отношение к лечению. Установлено, что у пациентов

противотуберкулезных учреждений уровень доходов снижался после выявления заболевания. В связи с этим более 50% больных хотели бы в качестве материальной помощи получать денежные средства. Социальные последствия заболевания выявлены почти у всех больных туберкулезом: ухудшение отношения окружающих и родственников, изменение условий труда и семейного положения, нарушение из-за болезни жизненных планов. Среди больных туберкулезом доверяют лечащему врачу 82% опрошенных. Однако большинство (85,5%) больных туберкулезом хотят прервать лечение в стационаре.

Ключевые слова: *туберкулез, социальный статус, социальные последствия*

The social status of patients of tuberculosis dispensary and its impact on attitude to treatment

A.V. Mordyk, L.V. Puzyryeva, T.G. Podkopayeva

The article explains the impact of social status of TBC patients on their attitude to treatment. It is established that after the disease was diagnosed in patients of TBC medical institutions the level of their income decreased. As a result of this more than 50% of patients wished receive the material aid in the form of monetary funds. The social aftermaths of TBC are established in almost all TBC patients — deterioration of attitude of entourage and relatives, changes in work conditions and marital status, failure in life plans. According the sociological survey 82% of TBC patients trust their physician, though 85% wish to interrupt the hospital treatment.

Key words: *tuberculosis, social status, social aftermaths*

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
2. Глумная Т. В. Влияние демографических, медицинских и социальных факторов на смертность больных туберкулезом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2008.
3. Овсянкина Е. С., Губкина М. Ф. // Пробл. туб. — 2005. — № 3. — С. 12—14.
4. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
5. Свистельник А. В. Пути повышения эффективности и результативности противотуберкулезной деятельности с позиции системного анализа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
6. Третьяков Г. В. Совершенствование технологии управления фтизиатрической службой агропромышленной территории Западной Сибири с помощью программно-целевого планирования: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Екатеринбург, 2008.

Поступила 30.12.10

© Е. Ю. АБРИТАЛИН, Н. В. ФЕДОРОВ, 2011

УДК 616.89-036.868-058:614.2

Е. Ю. Абриталин¹, Н. В. Федоров²

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

¹Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова; ²СПбГУЗ Городская поликлиника № 60, Санкт-Петербург

Введение

По разным эпидемиологическим данным, 4—10% населения в мире страдают депрессивными расстройствами [14, 18]. При этом, несмотря на революционирующие успехи современной психофармакологии, 19—34% пациентов остаются резистентными к лечению современными антидепрессантами [5, 18]. Ввиду тяжести заболевания многие из таких больных нередко практически "вычеркну-

ты" из полноценной жизни по разным позициям [6, 9], однако целью лечебного процесса является не только купирование отдельных психопатологических симптомов, но и улучшение качества жизни больных [1, 3].

Уровень социальной адаптации традиционно исследуют в основных сферах жизнедеятельности, к которым относятся профессиональная область, семья и межличностные отношения, быт и досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей [10, 11]. Несмотря на имеющиеся в литературе данные по исследованию социальной адаптации и качества жизни

Е. Ю. Абриталин — канд. мед. наук, докторант (abritalin@rambler.ru); *Н. В. Федоров* — врач-психиатр (7921-951-39-22)

пациентов с депрессивными состояниями [3], социальное функционирование больных с депрессиями, резистентными к фармакотерапии, на сегодняшний день изучено недостаточно. В связи с этим целью настоящей работы было изучение особенностей социальной адаптации и качества жизни больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами*.

Материалы и методы

В настоящей работе проанализированы результаты обследования 74 больных (средний возраст $32,6 \pm 15,7$ года) с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках различных психических расстройств, проходивших стационарное лечение в период с 2004 по 2009 г.

Из обследованной выборки у наибольшего количества пациентов депрессивные состояния диагностировали в рамках аффективных расстройств — биполярного аффективного расстройства (F31), депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33); эти больные составили 3-ю группу. В 1-ю группу были включены больные с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга (F06), во 2-ю — с депрессивными состояниями в рамках шизоаффективных нарушений — шизофрении (F20) и шизоаффективного расстройства (F25); количество больных в 1-й и 2-й группах было примерно одинаковым. Во всех группах преобладали женщины (табл. 1).

Средняя длительность заболевания во всей обследованной выборке составила $7,8 \pm 7,2$ года. Наибольшая длительность болезни ($10 \pm 7,8$ года) отмечена у пациентов 3-й группы, у больных 1-й группы длительность заболевания была меньше, но статистически незначимо ($6,9 \pm 8$ лет) и, наконец, у пациентов 2-й группы длительность заболевания была значимо меньше ($p < 0,05$), чем у больных 3-й группы ($5,9 \pm 4,6$ года).

Для оценки психического состояния больных проведено клинко-психопатологическое обследование с использованием структурно-симптоматологического метода. Количественную оценку выраженности депрессивной симптоматики выполняли по шкале Гамильтона для оценки депрессии — Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HAM-D) в модификации пункта 21, тяжесть психического состояния в целом определяли при помощи шкалы обобщенной оценки функционирования — Global Assessment of Functioning Scale (GAFS), используемой в

* В настоящее время понятия социальное функционирование, социальная адаптация и качество жизни нередко выступают синонимами друг друга [2, 7], в то же время несколько отличаясь с медицинской и социальной точек зрения [1, 4, 16]. В одном из определений социальное функционирование рассматривается как способ, которым индивиды и социальные общности (семьи, различные ассоциации) организуют свою жизнедеятельность и решают те или иные задачи, возникающие в процессе повседневного существования [12]. Социальная адаптация чаще всего представляется как процесс активного приспособления и освоения личностью или группой новых для нее социальных условий или социальной среды [13], а качество жизни — как комплексная характеристика физического, психологического и социального состояния человека, основанная на его субъективном восприятии [1, 8].

В данной работе социальная адаптация рассматривается как объективная оценка приспособленности больного к основным сферам жизнедеятельности, а качество жизни — как субъективная удовлетворенность пациента основными сферами своей жизни. Оценка социальной адаптации проводилась врачом, качество жизни оценивалось самим пациентом. Термин социальное функционирование включал в себя и субъективную, и объективную оценки адаптированности пациента к повседневной социальной действительности.

классификации психических расстройств DSM-IV (1995) для измерения уровня поведенческой активности больных с психическими нарушениями (от максимальной выраженности расстройств — 1 балл — до отсутствия болезненных проявлений — 100 баллов).

Уровень социальной адаптации определяли с помощью специальной схемы в основных сферах жизнедеятельности, таких как профессиональная область, семья, межличностные отношения, быт, досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. По каждому из указанных направлений проводили оценку по пятибалльной шкале, после чего рассчитывали интегральный показатель. Заключение об уровне социальной адаптации делали на основании медицинских сведений, полученных из диспансерного отделения психиатрической больницы, и информации, полученной в ходе беседы с пациентами и их родственниками.

Кроме того, особенности социального функционирования изучали с помощью самопросника качества жизни, позволяющего оценить удовлетворенность и способность радоваться жизни, — Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form (Q-LES-Q-SF). Обследуемые отвечали на 16 вопросов опросника, отмечая степень удовлетворенности в разных сферах жизни (физическое здоровье, настроение, работа, работа по хозяйству, отношения с окружающими людьми, семейные отношения, занятия в свободное время, способность справляться с повседневной жизнью, сексуальное влечение, финансовое положение, жилищная ситуация, способность передвигаться без головкружения и неустойчивости, зрение в плане способности работать и заниматься любимыми делами, общее ощущение благополучия, принимаемые медицинские препараты и удовлетворенность своей жизнью в целом). Градацию степени удовлетворенности производили в диапазоне от 1 до 5 баллов (очень низкая удовлетворенность, низкая, умеренная, высокая и очень высокая удовлетворенность); после обработки результатов также рассчитывали интегральный показатель.

После получения абсолютных значений социальной адаптации и качества жизни производили расчет индекса социального функционирования (ИСФ), представляющего собой отношение "объективной" оценки к "субъективной". Для этого использовали отношения абсолютных значений к максимально возможным по данным шкалам: $ИСФ = (СА \cdot 80) / (КЖ \cdot 30)$, где СА — социальная адаптация; КЖ — качество жизни. При $ИСФ > 1$ можно было говорить о заниженной оценке больными своего качества жизни, при $ИСФ < 1$ можно было сделать вывод об относительном субъективном комфорте, несмотря на объективную ситуацию, либо о недостаточной критичности осознания больными своего социального функционирования.

Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2000 и Statistica 6.0 for Windows на ЭВМ типа IBM PC/AT. Применяли t-критерий значимости различий Стьюдента (различия считали достоверными при вероятности, равной 0,95 и более — $p \leq 0,05$), статистическую значимость коэффициентов корреляции определяли по F-критерию Фишера, связанному функционально с t-критерием.

Результаты и обсуждение

При изучении структуры фармакорезистентной депрессии были выделены тревожно-депрессивный (43,2%), апатодепрессивный (27,1%) и меланхолический (29,7%)

Таблица 1

Группа	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	1-я	9	12,2	14	18,9	23
2-я	8	10,8	14	18,9	22	29,7
3-я	5	6,8	24	32,4	29	39,2
Итого...	22	29,8	52	70,2	74	100

Примечание. Здесь и в табл. 2: 1-я группа — депрессивные расстройства в рамках органического поражения головного мозга (F06); 2-я группа — депрессивные расстройства в рамках шизоаффективных нарушений (F20, F25); 3-я группа — депрессивные состояния в рамках аффективных расстройств (F31—F33).

варианты депрессивных состояний. Другие варианты депрессивного синдрома (депрессивно-ипохондрический, депрессивно-параноидный, астенодепрессивный), как правило, если и наблюдались, то имели нестойкий транзитный характер и в конечном итоге "вливались" в один из трех представленных выше синдромальных вариантов. Сведения о синдромальной структуре расстройств при различных нозологических формах приведены в табл. 2.

При всех трех вариантах депрессивного синдрома обнаружена статистически значимая ($p < 0,001$) прямая корреляционная связь между возрастом на момент госпитализации, в ходе которой проводили обследование, и возрастом на начало болезни, с большим коэффициентом корреляции при меланхолическом синдроме ($r = 0,96$), несколько меньшим — при тревожно-депрессивном ($r = 0,88$) и еще меньшим — при апатодепрессивном ($r = 0,79$) варианте.

Наиболее высокие показатели по большинству сфер социальной адаптации отмечали при меланхолическом синдроме, наименьшие — при апатодепрессивном (кроме сферы образования, где наименьшие показатели получены при тревожно-депрессивном синдроме — $3,3 \pm 0,6$). В сферах досуга и общего отношения к жизни обнаружены одинаковые показатели при тревожно-депрессивном и апатодепрессивном синдромах — 2,4 балла (с незначительной разницей между стандартными отклонениями). В сфере семейных отношений во всех группах отмечены одинаковые показатели (стандартные отклонения также были равны) — $2,9 \pm 0,7$. В целом можно говорить о достаточно схожих профилях социальной адаптации в изучаемых синдромальных группах, поскольку статистически значимые различия ($p < 0,05$) обнаружены только в сфере межличностных отношений между значениями при меланхолическом ($2,7 \pm 0,6$) и апатодепрессивном ($2,3 \pm 0,7$) синдромах и в интегральных показателях при этих же синдромах ($2,9 \pm 0,4$ и $2,6 \pm 0,4$ соответственно).

По большинству субтестов качества жизни у больных с разными структурными вариантами депрессивного синдрома разброс показателей был статистически незначим ($p > 0,05$). Достоверные различия ($p < 0,05$) отмечены в оценке своего настроения между больными с меланхолическим ($2,1 \pm 0,8$) и тревожно-депрессивным ($1,7 \pm 0,7$) синдромами и между пациентами с тревожно-депрессивным и апатодепрессивным ($2,1 \pm 0,8$) синдромами. Также статистически достоверно различались показатели степени удовлетворенности способностью справляться с повседневной жизнью между больными с меланхолическим ($3,2 \pm 0,8$) и тревожно-депрессивным ($2,5 \pm 1$) синдромами и между пациентами с апатодепрессивным ($2,8 \pm 0,7$) и меланхолическим синдромами. Наконец, своими отношениями с окру-

Таблица 2

Варианты депрессивного синдрома в разных нозологических группах

Группа	Вариант						Всего	
	тревожно-депрессивный		меланхолический		апатодепрессивный			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	9	12,2	12	16,2	2	2,7	23	31,1
2-я	5	6,7	8	10,8	9	12,2	22	29,7
3-я	8	10,8	12	16,2	9	12,2	29	39,2
Итого...	22	29,7	32	43,2	20	27,1	74	100

жающими людьми были более всего удовлетворены больные с тревожно-депрессивным синдромом (3 ± 1), показатели у которых значимо отличались от таковых у пациентов с апатодепрессивным синдромом ($2,4 \pm 0,9$).

При проведении корреляционного анализа установлено, что у больных с меланхолическим вариантом депрессивного синдрома социальная адаптация статистически значимо ($p < 0,05$) положительно коррелировала с длительностью болезни ($r = 0,57$), а качество жизни обнаруживало достоверную ($p < 0,01$) отрицательную корреляционную связь с выраженностью депрессии по HAM-D ($r = -0,67$). У пациентов с тревожно-депрессивным синдромом социальная адаптация значимо ($p < 0,05$) положительно коррелировала с возрастом на момент текущей госпитализации ($r = 0,36$) и на момент начала болезни ($r = 0,37$), с качеством жизни ($r = 0,38$), а также с тяжестью состояния по GAFS ($r = 0,49$), причем в последнем случае статистически достоверно ($p < 0,01$); качество жизни, как и у больных с меланхолическим синдромом, обнаруживало значимую ($p < 0,01$) отрицательную корреляционную связь с выраженностью депрессии по HAM-D ($r = -0,50$). Наконец, у больных с апатодепрессивным синдромом отмечена достоверная ($p < 0,05$) отрицательная корреляционная связь между качеством жизни и возрастом на момент начала болезни ($r = -0,53$), а также между качеством жизни и выраженностью депрессии по HAM-D ($r = -0,60$).

При анализе социального функционирования обнаружено, что во всех группах больных с разными вариантами депрессивного синдрома ИСФ статистически не различались ($p > 0,05$), но у пациентов с меланхолическим и тревожно-депрессивным синдромами ИСФ были выше ($1,04 \pm 0,19$ и $1,09 \pm 0,31$ соответственно), а у больных с апатодепрессивным синдромом — ниже ($0,97 \pm 0,31$).

В результате исследования социальной адаптации больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами при разной нозологической принадлежности депрессивного состояния наименьшие показатели в большинстве сфер социальной адаптации отмечены у пациентов 2-й группы, причем самые низкие показатели получены в сфере межличностных отношений ($2,1 \pm 0,8$). Наиболее высокие показатели в большинстве сфер социальной адаптации обнаружены у пациентов 3-й группы, кроме сфер работы ($2,8 \pm 1$) и общего отношения к жизни ($2,3 \pm 0,6$). В некоторых сферах значения в разных группах были одинаковыми. Так, в сфере образования были равными показатели в 1-й и 3-й группах ($3,6 \pm 0,5$), в сферах семейных отношений и общего отношения к жизни — показатели в 1-й и 2-й группах ($2,9 \pm 0,8$ и $2,5 \pm 0,6$ соответственно). Равными также оказались и средние значения интегральных показателей в 1-й и 3-й группах ($2,8 \pm 0,5$ в 1-й группе, $0,4$ — во 2-й). Статистически достоверные различия выявлены между показателями в 1-й

и 2-й группах в сферах образования, работы, межличностных отношений и по интегральному показателю ($p < 0,05$), между показателями во 2-й и 3-й группах — также в сферах образования, межличностных отношений и по интегральному показателю, причем в сфере межличностных отношений различия были более значимы ($p < 0,01$ при $p < 0,05$ в остальных случаях).

По большинству субтестов качества жизни преобладали показатели во 2-й группе, за исключением степени удовлетворенности жилищной ситуацией, где показатели во 2-й группе были меньше двух других ($2,9 \pm 0,8$ по сравнению с $3,3 \pm 0,6$ в 1-й группе и $3,0 \pm 0,5$ в 3-й), а также степени удовлетворенности отношениями с окружающими людьми, семейными отношениями и общим ощущением благополучия, где показатели во 2-й и 1-й группах были равны, незначительно различаясь лишь по стандартным отклонениям. Показатели в 1-й и 3-й группах были равны по субтестам качества жизни, отражающим степень удовлетворенности физическим здоровьем, настроением и принимаемыми медицинскими препаратами, незначительно различаясь по стандартным отклонениям в двух последних субтестах. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены между показателями в 1-й и 2-й группах по степени удовлетворенности физическим здоровьем и настроением, в 1-й и 3-й группах по степени удовлетворенности работой по хозяйству, а также во 2-й и 3-й группах по степени удовлетворенности физическим здоровьем, настроением, своим зрением в плане способности работать и заниматься любимыми делами, своей жизнью в целом и по интегральному показателю. Более значимые различия ($p < 0,01$) выявлены между результатами во 2-й и 3-й группах по степени удовлетворенности занятиями в свободное время и еще более значимы ($p < 0,001$) между показателями в этих же группах по степени удовлетворенности работой по хозяйству.

При проведении корреляционного анализа установлено, что у больных 1-й и 3-й групп статистически значимо ($p < 0,05$) отрицательно коррелировали с выраженностью депрессии по HAM-D качеством жизни ($r = -0,46$ и $r = -0,41$ соответственно), а у пациентов 2-й группы — социальная адаптация ($r = -0,44$). Кроме того, социальная адаптация и качество жизни положительно коррелировали между собой у больных 1-й и 2-й групп, причем в последнем случае статистическая достоверность была более значима ($p < 0,001$).

Анализ социального функционирования показал, что у пациентов 1-й и 3-й групп ИСФ были больше 1 ($1,1 \pm 0,2$ и $1,2 \pm 0,4$ соответственно), а у больных 2-й группы — меньше ($0,9 \pm 0,2$); при этом ИСФ пациентов в 1-й и 3-й группах статистически не различались ($p > 0,05$) в отличие от 1-й и 2-й групп ($p < 0,01$) и 2-й и 3-й групп ($p < 0,001$).

Исследование социальной адаптации и качества жизни больных с разной структурой депрессивного синдрома показывает лучшее социальное функционирование пациентов с меланхолическим синдромом (оцениваемое как объективно, так и субъективно) по сравнению с больными других синдромальных групп. Кроме того, между субъективным восприятием и объективной оценкой социальной адаптации у больных с тревожно-депрессивным и апатодепрессивным синдромами обнаружен некоторый диссонанс, выражающийся в том, что у пациентов с тревожно-депрессивным синдромом по многим аспектам объективно оцениваемая социальная адаптация была выше, а субъективно оцениваемое качество жизни — ниже, в то время как

у больных с апатодепрессивным синдромом отмечено обратное соотношение: субъективные оценки преобладали над объективной действительностью.

Анализ полученных результатов изучения социальной адаптации и качества жизни больных с разной нозологической принадлежностью фармакорезистентных депрессивных расстройств показывает выраженный диссонанс между субъективным восприятием и объективной оценкой социальной адаптации больных с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений. При этом хуже всего у больных этой группы складывались межличностные отношения, у многих были проблемы с работой и организацией досуга, однако при этом пациенты этой группы были существенно больше других удовлетворены показателями своего физического здоровья и настроением, а также занятиями в свободное время и работой (как общественной, так и по хозяйству). Результаты социальной адаптации и качества жизни у пациентов с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств по многим показателям были достаточно схожи в разных группах (достоверно различались лишь показатели степени удовлетворенности работой по хозяйству) и не так сильно диссонировали между собой внутри каждой группы.

При проведении корреляционного анализа установлено, что чем дольше болели пациенты с меланхолическими проявлениями, тем объективно хуже они были социально адаптированы, а чем больше была выраженность депрессивной симптоматики, тем хуже такие больные оценивали свое качество жизни. В то же время, чем старше были на момент начала заболевания и на период обследования пациенты с тревожно-депрессивной симптоматикой, тем объективно лучше они были социально адаптированы и общая оценка функционирования у них была выше, а чем больше была выражена депрессивная симптоматика, тем ниже больные оценивали свое качество жизни. Наконец, чем старше были пациенты с апатодепрессивным синдромом на момент манифестации заболевания и чем более была выражена депрессивная симптоматика на момент обследования, тем ниже они оценивали свое качество жизни.

Корреляционный анализ по нозологическим группам позволил установить, что чем больше была выражена депрессивная симптоматика, тем ниже оценивали свое качество жизни пациенты с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств и тем объективно хуже была социальная адаптация больных с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений.

Анализ ИСФ с определенной долей условности позволяет сделать вывод о тенденции к занижению самооценки своего качества жизни у больных с меланхолическим и тревожно-депрессивным синдромами и об относительном субъективном комфорте, несмотря на объективную ситуацию, либо о недостаточной критичности осознания своего социального функционирования у больных с апатодепрессивными проявлениями. Кроме того, больные с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений менее критичны к своему состоянию, чем пациенты с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств, и они (пациенты с шизоаффективными нарушениями) чаще испытывают относительный субъективный комфорт, несмотря на объективную ситуацию.

З а к л ю ч е н и е

В результате проведенного исследования выявлена отчетливая зависимость показателей социальной адаптации и качества жизни от клинических особенностей депрессивного синдрома у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами. Наиболее успешное социальное функционирование отмечено у пациентов с меланхолическим синдромом (интегральные показатели социальной адаптации — $2,9 \pm 0,4$, качества жизни — $2,8 \pm 0,4$), пациенты с тревожно-депрессивным синдромом выше оценивали социальную адаптацию ($2,7 \pm 0,5$), чем качество жизни ($2,6 \pm 0,6$), а больные с апатодепрессивным синдромом, напротив, качество жизни оценивали выше ($2,7 \pm 0,4$), чем социальную адаптацию ($2,6 \pm 0,4$).

У больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках шизоаффективных нарушений обнаружен выраженный диссонанс между оценками социальной адаптации и качества жизни (интегральные показатели $2,5 \pm 0,6$ и $2,8 \pm 0,5$ соответственно). Хуже всего у них складывались межличностные отношения ($2,1 \pm 0,8$), были проблемы с работой и организацией досуга ($2,3 \pm 1$ и $2,3 \pm 0,6$ соответственно), однако при этом больные этой группы были существенно больше удовлетворены показателями своего физического здоровья и настроением ($2,8 \pm 0,7$ и $2,2 \pm 0,6$), а также занятиями в свободное время ($3 \pm 0,7$) и работой (как общественной — $2,3 \pm 1$, так и по хозяйству — $2,8 \pm 0,7$). Результаты социальной адаптации и качества жизни у пациентов с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств по многим показателям были достаточно схожи и достоверно различались лишь по степени удовлетворенности работой по хозяйству ($p < 0,01$).

Таким образом, комплексное изучение социальной адаптации и качества жизни способствуют улучшению оценки социального функционирования, а полученные в результате исследования данные позволяют индивидуализировать клинический и социальный прогноз, оптимизировать мероприятия по социальной реабилитации больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами.

Проанализированы результаты исследования социальной адаптации и качества жизни пациентов с фармакорезистентными депрессивными состояниями. Наиболее успешное социальное функционирование отмечено у пациентов с меланхолическим синдромом; пациенты с тревожно-депрессивным синдромом выше оценивали социальную адаптацию, чем качество жизни, а больные с апатодепрессивным синдромом, напротив, качество жизни оценивали выше, чем социальную адаптацию. У больных с фармакорезистентными депрессиями в рамках шизоаффективных нарушений обнаружен выраженный диссонанс между оценками социальной адаптации и качества жизни, а у пациентов с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств результаты по большинству показателей достоверно не различались.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, фармакорезистентность, социальная адаптация, качество жизни

The social functioning of patients with pharmacoresistant depressions

E.Yu. Abritalin, N.V. Fedorov

The article deals with the study results concerning the social adaptation and life quality of patients with pharmacoresistant depressive states. The most successful social functioning was established in patients with melancholy syndrome. The patients with worried depression syndrome assessed the social adaptation higher than life quality. The patients with apathetic depressive syndrome emphasized a higher life quality than social adaptation. The patients with pharmacoresistant depressions within the scope of schizoaffective disorder expressed an apparent dissonance between values of social adaptation and life quality. In patients with depressive states within the scope of organic lesion of brain and within the scope of affective disorders the corresponding indicators had no significant difference.

Key words: depressive disorder, pharmacoresistence, social adaptation, life quality

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченко А. С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. — СПб., 1998.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. // Социал. и клин. психиатр. — 1998. — Т. 8, № 2. — С. 35—40.
3. Захарова К. В. // Рос. психиатр. журн. — 2008. — № 1. — С. 53—58.
4. Захаров Н. Б. Социальная адаптация молодых женщин, больных параноидной формой шизофрении: Дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2004.
5. Иванов М. В., Мазо Г. Э., Чомский А. Н. // Психиатр. и психофармакотер. — 2009. — Т. 11, № 5. — С. 6—9.
6. Кабанов М. М. // Соц. и клин. психиатр. — 2001. — № 1. — С. 19—22.
7. Мухаметишина З. Ф. // Рос. психиатр. журн. — 2008. — № 4. — С. 70—73.
8. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю. Л. Шевченко. — М., 2007.
9. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. // Журн. психиатр. и мед. психол. — 2002. — № 1. — С. 118—124.
10. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
11. Рустанович А. В., Марченко А. А., Костюк Г. П. // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. — СПб., 2005. — С. 27—29.
12. Социальная работа: Методические рекомендации по изучению курса / Сост. Д. В. Лифинцев. — Калининград, 2003.
13. Социология: Энциклопедия / Сост. А. А. Грицанов, В. Л. Абушенко, Г. М. Евелькин и др. — М., 2003.
14. Тювина Н. А. // Психиатр. и психофармакотер. — 2009. — Т. 11, № 4. — С. 35—38.
15. Шмуклер А. Б. // Материалы XIII Съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 41—42.
16. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
17. Crown W. H., Finkelstein S., Berndt E. R. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Vol. 63. — P. 963—971.
18. Dunner D. L., Rush A. J., Russell J. M. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2006. — Vol. 67. — P. 688—695.

Поступила 09.03.10

М. С. Селихова, В. А. Григорян

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И КОНТРАЦЕПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Волгоградский государственный медицинский университет

Возникший в России в 90-х годах XX столетия демографический кризис не преодолен до настоящего времени. Результатом так называемого русского креста 1991 г. явилось уменьшение в настоящее время населения репродуктивного возраста, именно поэтому так остро стоит вопрос о сохранении и создании максимально благоприятных условий для развития каждой наступившей беременности. На сегодняшний день вопросы демографии в России стали одним из основных национальных приоритетов. Сложившийся уровень рождаемости в 2 раза ниже необходимого для простого воспроизводства населения.

Репродуктивное здоровье женщин остается на крайне неблагоприятном уровне, что приводит к увеличению числа осложнений течения беременности и родов, оказывает негативное влияние на показатели материнской и перинатальной смертности.

Важным фактором, снижающим репродуктивный потенциал женщин, являются нежелательная беременность и ее искусственное прерывание.

Каждая десятая беременность, наступившая впервые, заканчивается медицинским абортom, частота невынашивания беременности составляет 20% в популяции [6, 8, 9]. Около 10% всех абортom приходится на первые 18 мес после родов, что является тяжелейшим психологическим и гормональным стрессом, приводящим к формированию не только функциональных, но и органических нарушений в репродуктивной системе. Таким образом, контрацепция в послеродовом периоде имеет первостепенное значение для сохранения общего и репродуктивного здоровья женщины.

Вместе с тем применение рациональной контрацепции в этот период в России находится на неудовлетворительном уровне. Если в США эффективные методы контрацепции после родов используют 77,9—89,9% женщин [11, 12], то в России каждая четвертая женщина в течение первого года после родов обращается в лечебное учреждение с целью прерывания непланируемой беременности.

Особенно остро стоит вопрос о послеродовой контрацепции у женщин после оперативного родоразрешения. Частота выполнения операции кесарева сечения в России в течение последних 10 лет, по данным разных авторов, составляет от 11 до 29%, достигая 45% в перинатальных центрах, являющихся коллектором акушерской патологии [2, 3, 7]. Лишь каждая третья женщина, перенесшая операцию кесарева сечения, планирует повторную беременность и роды; при этом в 60—90% случаев ей предстоит повторная операция [4]. В практическом акушерстве сложилась парадоксальная ситуация: с одной стороны, врачи акушеры-гинекологи ищут пути снижения частоты оперативного родоразрешения, с другой — на первое место среди показаний к выполнению кесарева сечения является рубец на матке после предыдущей операции.

Искусственное прерывание беременности в первый год после операции кесарева сечения приводит к несо-

стоятельности рубца на матке, резко ухудшает прогноз последующей беременности и исключает возможность родоразрешения через естественные родовые пути.

Целью настоящего исследования является изучение репродуктивных планов и особенностей контрацептивного поведения женщин, родоразрешенных оперативным путем.

Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 123 родильниц после оперативного родоразрешения в четырех акушерских стационарах Волгограда.

Возраст обследованных пациенток колебался от 17 лет до 41 года (в среднем $28,5 \pm 2,1$ года). Среди обследованных преобладали (55,4%) служащие, каждая третья (33,9%) женщина была домохозяйкой, 8,9% составили рабочие и 1,8% — учащиеся. Обращает на себя внимание высокая (71,4%) частота соматической заболеваемости у родильниц, родоразрешенных оперативным путем. Гинекологические заболевания были отмечены в анамнезе у 68,2% обследованных.

Только у 3,6% родильниц исследуемой группы отмечено физиологическое течение беременности.

Анализ показаний к оперативному родоразрешению подтвердил данные других авторов о значимости рубца на матке в их структуре. По нашим данным, это показание лидировало и составило 11% от всех операций. Кроме того, наиболее часто у женщин выполняли операцию кесарева сечения в связи с аномалиями родовой деятельности, дистрессом плода в родах и несвоевременным излитием околоплодных вод при незрелых родовых путях.

Преобладали (58,9%) операции, выполненные в срочном порядке. В 10,7% случаев во время операции диагностированы те или иные осложнения. Средняя кровопотеря составила 691,9 мл (от 500 до 1300 мл).

Среди опрошенных родильниц каждая четвертая (23,2%) перенесла повторную операцию кесарева сечения.

Большинство (76,8%) новорожденных были извлечены во время операции в удовлетворительном состоянии с хорошей оценкой по шкале Апгар. У 23,2% новорожденных зафиксирована асфиксия, из них только у 7,7% тяжелой степени.

Выписка родильниц производилась в среднем на 6-е сутки, минимальные сроки пребывания в стационаре после операции составляли 4 дня, максимальные — 8 дней.

Перед выпиской каждой родильнице, перенесшей операцию кесарева сечения, было предложено анонимно ответить на вопросы анкеты.

Анализ анкет показал, что 15,9% женщин с рубцом на матке хотели бы иметь троих детей, 75% — двоих детей и каждая десятая (9,09%) считает достаточным одного ребенка в семье.

Большинство (45,5%) опрошенных женщин планируют повторную беременность через 5—7 лет, 36,4% — через 2—3 года; 15,9% родильниц хотели бы иметь перерыв между родами более 7 лет и только 2,3% были не против наступления следующей беременности через год.

М. С. Селихова — д-р мед. наук, проф. (selichovamarina@yandex.ru); В. А. Григорян — соискатель (venera_ga@mail.ru)

Таким образом, практически каждая женщина, перенесшая операцию кесарева сечения, нуждается в подборе метода контрацепции, начиная с первых месяцев послеродового периода, однако далеко не все современные контрацептивы могут быть использованы в этот период. Например, комбинированные оральные контрацептивы (КОК), являющиеся основой гормональной контрацепции в настоящее время, содержат эстрогены, которые подавляют лактацию и негативно влияют на состав молока. В связи с этим, согласно рекомендациям ВОЗ, кормящим женщинам до 6 нед после родов КОК абсолютно противопоказаны и не рекомендуются до 6 мес, не кормящим КОК не рекомендуются до 3 нед, так как риск превышает преимущества.

Все опрошенные нами пациентки, оценивая требования к контрацептивам после родов, на первое место поставили именно отсутствие негативного влияния на грудное молоко и безопасность для ребенка. Далее были отмечены надежность и обратимость.

Анализ анкет свидетельствует о том, что опрошенные мало знакомы с современными высокоэффективными методами послеродовой контрацепции. Так, по данным анкет большинство (59,1%) из них считают приемлемыми презерватив и внутриматочную контрацепцию (48,2%). Барьерные методы контрацепции даже при правильном их применении сохраняют риск наступления нежелательной беременности в 13,5—22% случаев. Медьсодержащие внутриматочные средства являются доступными по цене и удобными для женщин средствами длительной контрацепции. Их использование, однако, сопряжено с удлинением менструаций и увеличением кровопотери, что крайне нежелательно в послеродовом периоде.

Не планируют использовать контрацепцию в период грудного вскармливания, полагаясь на эффективность лактационной аменореи, 36,4% женщин.

Лактационная аменорея является природным механизмом защиты женщины от нежелательной беременности и, безусловно, самым безопасным методом послеродовой контрацепции. Риск возникновения беременности на фоне лактационной аменореи к 6-му месяцу после родов составляет 1,3% [1]. Для многих современных женщин лактационная аменорея оказывается недостаточно эффективной, так как полное грудное вскармливание до 6 мес, по данным исследований, практикуют только 20—25% родильниц [5, 10]. Это диктует необходимость использования средств контрацепции намного раньше.

Источником информации по вопросам контрацепции для 11% опрошенных женщин служат средства массовой информации, 6% — Интернет, 61% — беседы врача, 14% получают сведения от подруг. Таким образом, только чуть более половины опрошенных родильниц получают информацию от врачей.

Одним из дискуссионных вопросов являются сроки проведения бесед по вопросам послеродовой контрацепции. Ряд исследователей считают целесообразным это делать в группах беременных в III триместре беременности, другие авторы предлагают вопрос контрацепции обсуждать перед выпиской из акушерского стационара.

В ходе исследования было решено в послеродовом отделении проводить беседу по вопросам контрацепции с подготовленным специалистом, после чего родильницам было предложено оценить своевременность и полезность полученной информации. В анкетах 40,9% женщин указали, что после беседы "они открыли много нового", 68,8% выбрали метод контра-

цепции. При этом презерватив как основной метод контрацепции указали уже только 6,8% опрошенных.

Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы.

1. В современном акушерстве частота оперативного родоразрешения остается на высоком уровне и за последние 5 лет не имеет тенденции к снижению. В структуре показаний к выполнению кесарева сечения лидирует наличие рубца на матке, что ведет к увеличению количества женщин детородного возраста с двумя—тремя рубцами на матке и ухудшает репродуктивный потенциал.
2. Возможность родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке во многом определяется особенностями течения послеродового периода. Наступление беременности в течение первого года после родов в подавляющем числе случаев ведет к ее прерыванию хирургическим путем и резко ухудшает процесс формирования полноценного рубца на матке.
3. Большинство женщин с оперированной маткой планируют иметь двоих (75%) или троих (16%) детей. Это диктует необходимость разработки мероприятий по реабилитации и обеспечению оптимальных условий для формирования полноценного рубца на матке, так как повторные операции резко ухудшают репродуктивные перспективы.
4. Перерыв между родами 2—3 года считают целесообразным 36,4% опрошенных, 5—7 лет — 45,5%. Таким образом, каждая женщина с оперированной маткой должна быть обеспечена эффективной контрацепцией на этот срок.
5. Информированность родильниц по вопросам послеродовой контрацепции находится на неудовлетворительном уровне, о чем свидетельствует выбор малоэффективных и небезопасных методов предупреждения нежелательной беременности.
6. Около 40% опрошенных женщин с оперированной маткой получают информацию о контрацепции из средств массовой информации и Интернета. Необходимо разработать мероприятия по взаимодействию специалистов с различными средствами массовой информации с целью повышения уровня информации по этой теме.
7. Наиболее эффективной работой по пропаганде современных методов контрацепции у родильниц с оперированной маткой является проведение бесед перед выпиской из акушерского стационара, так как именно в этот период времени женщины впервые задумываются о проблеме послеродовой контрацепции.
8. Разработка и внедрение мероприятий по обеспечению высокоэффективной современной контрацепцией женщин, родоразрешенных оперативным путем, приведут к уменьшению числа медицинских абортов в первый год после родов, что будет способствовать формированию полноценного рубца на матке и повышению процента родоразрешений через естественные родовые пути при последующих беременностях, сохранению репродуктивного потенциала женщин детородного возраста.

Приведены результаты ретроспективного анализа и анкетирования 123 родильниц после оперативного родоразрешения в четырех акушерских стационарах Волгограда, проведенного с целью изучения репродуктивных планов и особенностей контрацептивного поведения женщин после операции кесарева се-

чения. В послеродовом отделении подготовленный специалист проводил беседу с родильницами по вопросам контрацепции.

Ключевые слова: женщина после операции кесарева сечения, контрацепция, репродуктивное здоровье

The reproductive potential and contraceptive behavior of women after operative delivery

M.S. Selikhova, V.A. Grogiryan

The article presents the results of retrospective analysis of questionnaire data provided by 123 puerperae after operative delivery in four obstetric hospitals of Volgograd. The purpose of the study was to evaluate the reproductive plans and characteristics of contraceptive behavior of women after cesarean section. In postnatal unit, professionally trained specialist conversed with puerperae on issues of contraception.

Key words: woman, cesarean section, contraception, reproductive health

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Николаева Е. И. // Акуш. и гин. — 2003. — № 6. — С. 20—24.
2. Гаспарян Н. Д., Карева Е. Н. // Акуш. и гин. — 2008. — № 3. — С. 50—53.
3. Краснополянский В. И., Логутова Л. С., Гаспарян Н. Д., Магилевская Е. В. // Журн. акуш. и жен. бол. — 2003. — Т. 52, № 1. — С. 20—25.
4. Майбородин И. В., Пекарев О. Г., Поздняков И. М., Стариков Н. В. // Журн. клин. и экспер. мед. — 2004. — № 4. — С. 35—41.
5. Прилепская В. Н., Фролова О. Г., Яглов В. В. // Акуш. и гин. — 1998. — № 6. — С. 6—10.
6. Радзинский В. Е. Национальное руководство по акушерству. — М., 2009.
7. Реиетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
8. Савельева Г. М., Шалина Р. И., Иванова О. Г., Ероян Л. Х. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: Сборник науч. материалов. — М., 2001. — С. 81—82.
9. Тихомиров А. Л. // Оржин. — 2008. — № 5. — С. 2—5.
10. Фролова О. Г., Ильичева И. А. // Акуш. и гин. — 2003. — № 4. — С. 63—64.
11. Чивильгина В. В. Обоснование дифференцированных контрацептивных технологий у женщин в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003.
12. Lansky A., Barfield W., Marchi K. et al. // Child. Health. J. — 2006. — № 10. — P. 277—284.
13. Williams L. M., Lorenz D., Lincoln A. et al. // MMWR. — 2007. — Vol. 56. — № 25. — P. 631—634.

Поступила 07.06.11

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

© Л. Ю. ИВАНОВА, 2011
УДК 616-092.11-021:001.5-057.875

Л. Ю. Иванова

ИНТЕРЕС СТУДЕНТОВ К ПРОБЛЕМАТИКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Институт социологии РАН, Москва

Познавательные интересы мотивируют личность на активное освоение окружающего мира и пополнение своих знаний. Они являются необходимым условием формирования ее инновационного потенциала. Перед высшей школой неизменно стоит задача совершенствования профессиональной подготовки своих выпускников. Это объясняет сосредоточенность ученых на изучении и развитии интереса вузовской молодежи к преподаваемым предметам и к выбранной специальности. Работ, касающихся познавательной активности студентов в отношении информации о здоровом образе жизни (ЗОЖ), крайне мало. Особого внимания заслуживают исследования, рассматривающие динамику интересов учащихся вузов в области валеологии [1]. Известно, что трудовые достижения зависят не только от компетентности, но и от состояния здоровья специалистов. Сегодня выпускники высшей школы начинают работу в ситуации нестабильности (кризис, изменения рынка труда и пр.). Соответственно, большое значение приобретает образование, направленное на развитие культуры здоровья.

Большинство исследований, посвященных вузовской молодежи, имеет региональный характер. Исследование "Здоровье студентов: социологический анализ", проведенное в 2009 г. сектором социальных проблем здоровья

ИС РАН под эгидой Российского общества социологов, охватило 8 городов России и 2 города Белоруссии. В числе других вопросов изучались познавательные интересы студентов в сфере ЗОЖ. Настоящая статья написана на основе материалов, полученных в РФ. Опрошены 2804 студента российских вузов (46,3% юношей и 53,7% девушек); распределение по регионам: Брянск — 12,7%, Грозный — 11,7%, Москва — 11,7%, Мурманск — 14,8%, Нижний Новгород — 9,2%, Ульяновск — 12,6%, Уфа — 14,6%, Хабаровск — 12,7%.

Об интересе, актуализирующем потребность в информации, которая может служить цели улучшения здоровья и оздоровления образа жизни, правомерно говорить, если предпринимаются какие-либо действия по ее поиску (табл. 1). При этом избирательность познавательной активности субъекта выступает маркером представлений о приоритетных направлениях совершенствования своего образа жизни.

Респонденты не были ограничены в выборе ответов. Как юноши, так и девушки чаще всего отмечали попытки больше узнать о правильном питании, ЗОЖ и психологии общения. Среди девушек максимальная доля ответов приходится на правильное питание, замыкает тройку ответов-лидеров ЗОЖ; у юношей, наоборот, ЗОЖ — на первом месте, а на третьем — правильное питание. Подчеркнем, что по каждой из трех указанных тем доля студентов, не пытавшихся пополнить свои знания, довольно

Л. Ю. Иванова — канд. пед. наук, ст. науч. сотр. (Lariv2005@yandex.ru)

Таблица 1

Интерес студентов к проблематике ЗОЖ

Пытались ли Вы получить больше информации по следующим вопросам? (можно отметить любое количество ответов)	Юноши		Девушки	
	%	рейтинг	%	рейтинг
ЗОЖ	42,9	1	46,3	3
Психология общения	39,9	2	52,9	2
Правильное питание	36,6	3	57,9	1
Как избавиться от вредных привычек	23,1	4	18,4	7
Факторы риска для вашего здоровья	21,1	5	22,8	5
Закаливание	16,6	7	8,1	11
Профилактика стресса	15,3	8—9	24,0	4
Оздоровительная гимнастика	15,3	8—9	21,0	6
Защита от неблагоприятных экологических факторов	14,1	10	12,8	8
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	11,8	11	10,0	9
Материалы (краски и др.), которые лучше использовать в жилище, так как они не вредны	9,5	12	7,8	12
Ни по одному из указанных вопросов не пытались (ась) получить информацию	19,0	6	9,0	10

велика и это несмотря на то, что здоровье во многом зависит от образа жизни, а еда и коммуникация — неотъемлемые компоненты нашего повседневного быта, влияющие на физическое здоровье и социальное благополучие.

К остальным темам интерес слабее. Речь идет об активном интересе, выражающемся в поиске информации. Немногим менее четверти как юношей, так и девушек выбрали варианты, занимающие в рейтинге четвертое и пятое места. Небольшая доля студентов искали сведения по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и влияния окружающей среды на здоровье (защита от внешних неблагоприятных экологических факторов, экология жилища — материалы, которые лучше использовать в нем, так как они не вредны и др.). Молодые люди в силу возраста и хорошего самочувствия не задумываются о причинах высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России, полагая, что это их не коснется. Низкий интерес студентов к использованию в доме безопасных материалов можно объяснить отчасти тем, что ремонтом, приобретением мебели и пр. больше занимаются старшие члены семьи, а отчасти — невниманием к экологическим проблемам, включая экологию жилища. Слабый интерес к тематике неблагоприятных средовых воздействий позволяет ожидать не только низкую включенность студентов в движения по защите окружающей среды, но и терпимость некурящих к курению в их присутствии (табачный дым — сильнейший загрязнитель воздуха в помещениях). Те, кто не курит, как правило, не отстаивают свои права на здоровую среду, хотя это могло бы привлечь внимание курящих к пагубности их привычки и оказать на них давление.

Сравнение ответов в зависимости от пола показывает, что, во-первых, среди юношей по сравнению с девушками вдвое больше доля не пытавшихся получить информацию ни по одному из 11 вопросов, перечисленных в табл. 1; во-вторых, девушки проявили больший интерес к 6 из 11 вопросов, юноши — к 5 (избавление от вредных привычек, закаливание, защита от неблагоприятных экологических факторов, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, материалы, которые лучше использовать в жилище); в-третьих, девушки существенно чаще отмечали правильное питание и психологию общения, а юноши — закаливание, избавление от вредных привычек. Последнее связано с тем, что среди них значительно выше, чем среди девушек, распространено употребление различных психоактивных веществ. То, что студентки больше интересовались правильным питанием, отчасти обусловлено домашним разделением труда: приготовлением пищи в основном занимаются женщины. Высокий интерес девушек к психологии общения объясняется тем, что для них важнее, чем для юношей, эмоциональный фон взаимодействия с людьми.

На познавательную активность в сфере ЗОЖ влияют установки на внимание к здоровью. Это показало сравнение ответов респондентов. Так, одни студентки считают, что заботятся о своем здоровье, другие — что этого не делают. Первые чаще пытались найти сведения по всем перечисленным в табл. 1 вопросам, особенно о ЗОЖ и правильном питании. Последнюю тему отметили 52,1% тех, кто уделяет внимание здоровью, против 32,5% тех, кто этого не делает; ЗОЖ отметили соответственно 48,3% против 30,6%, факторы риска для своего здоровья — 24,3% против 12,9%, оздоровительную гимнастику — 19,8% против 12,1%, закаливание — 13,4% против 6,8%. Студенты имеют разные взгляды на то, всегда ли человек должен заботиться о своем здоровье: "всегда", "только,

если он болен", "только, когда он может заболеть". Студенты, давшие первый ответ, значительно чаще, чем указавшие второй и третий ответы, искали информацию по проблемам правильного питания (52,7% против 21,4 и 27,9%) и ЗОЖ (48,8% против 23,9 и 21,6%).

Многие из указавших заботу о своем здоровье не предпринимали попыток что-то узнать о факторах риска для него, о ЗОЖ и его различных аспектах. Это свидетельствует в пользу формальности части ответов о внимании к здоровью или узости содержания вкладываемого в это понятие.

Подтвердилось предположение о том, что осознаваемые риски для здоровья стимулируют познавательную активность с целью их снижения. Интерес к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний выше у студентов с "плохим" здоровьем; пытались получить больше информации по этому вопросу 11,3% юношей, оценивших свое здоровье как хорошее, 10,8% — как удовлетворительное, 25,4% — как плохое; среди девушек эти показатели составляют соответственно 8,7, 10,4 и 16,9%. Учащиеся, подверженные негативным эмоциям, чаще пытались расширить свои знания о профилактике стресса; это указали 22,9% юношей, которые переживают эти эмоции ежедневно, 23,2% — часто, 12,5% — иногда, 9,6% — никогда; среди девушек эти показатели составили соответственно 41,7, 29,5, 18,3 и 13,2%. Среди курящих студентов больше доля искавших информацию о том, как избавиться от вредных привычек, чем среди некурящих; пытались больше узнать по этому вопросу 39,7% курящих и 14,3% некурящих юношей; среди девушек эти показатели составили соответственно 47,6 и 10,7%.

Самооценка собственного здоровья влияет на потребность в информации, которую можно использовать для его улучшения. В целом по массиву 41,3% юношей и 50,1% девушек указали, что им нужна такая информация,

Таблица 2

Мнение студентов (в %) об умении оказать первую медицинскую помощь в зависимости от курса обучения		
Сможете ли Вы оказать первую медицинскую помощь в следующих случаях?	I—II курс	V—VI курс
Человеку стало плохо в транспорте, на улице и т. п.	66,2	71,1
При ожоге	56,9	58,9
При отравлении	56,3	61,9
Тонушему человеку	53,7	54,5
Человеку, получившему сотрясение головного мозга	33,2	31,8
При переломе	48,0	50,1
Человеку, пораженному электрическим током	21,8	28,5
При сердечной недостаточности	16,9	19,6

39,3 и 27,3% соответственно, — что не нужна; остальные затруднились с ответом. Таким образом, почти 60% юношей и половину девушек или устраивает состояние их здоровья, или не устраивает, но при этом у них нет желания что-то делать для его улучшения. Доля таких студентов меньше среди респондентов с худшей самооценкой здоровья. Среди юношей, оценивших его как хорошее, хотели бы обладать знаниями, позволяющими улучшить здоровье, 39,3%, как плохое — 51,6%; среди девушек эти показатели составили соответственно 45,2 и 55,9%. В то же время студенты с худшей самооценкой здоровья реже демонстрировали интерес к проблематике ЗОЖ, хотя им особенно необходимо придерживаться его принципов. Среди юношей с "хорошим" здоровьем указали, что пытались найти информацию по этой теме, 48,0%, с "удовлетворительным" — 40,0%, с "плохим" — 32,8%; среди девушек эти показатели составили соответственно 50,1, 42,8 и 33,8%. Видимо, студенты с худшей самооценкой здоровья, отмечая желание иметь информацию для его улучшения, чаще имеют в виду лечение, а не рекомендации по оздоровлению образа жизни.

Студенты, указавшие потребность в информации для улучшения здоровья, продемонстрировали более высокую активность в поиске сведений о вопросах, перечисленных в табл. 1, прежде всего о ЗОЖ и правильном питании, а также о факторах риска для своего здоровья и психологии общения, а юноши — еще и о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Для вторичной профилактики курения, злоупотребления алкоголем и наркопотребления важен настрой на избавление от пагубных пристрастий и на заботу о здоровье. Среди курящих юношей, которые хотят иметь информацию для улучшения здоровья, 46,8% пытались отыскать сведения о преодолении вредных привычек; среди тех, кто не знает, нужна ли она им или нет, этот показатель составил 44,6%, среди тех, у кого нет потребности в подобной информации, — 32,0%, среди курящих девушек — соответственно 51,8, 51,3 и 39,1%. Из этого следует, что, оценивая эффективность вторичной профилактики курения, необходимо дифференцировать аудиторию по установкам в отношении здоровья. То, что среди курящих студентов, ориентированных на приобретение знаний для улучшения своего здоровья, почти половина не старались найти сведения об избавлении от вредных привычек, еще раз подтверждает распространение курения в молодежной среде.

Более 40% студентов отметили поиск информации о ЗОЖ (см. табл. 1), однако само это понятие — не абстракция. Оно раскрывается через позиции, перечисленные в табл. 1, хотя ими и не исчерпывается. Слабое внимание к оздоровительной гимнастике, закаливанию, к факторам риска для своего здоровья и некоторым другим вопросам заставляет усомниться в том, что студенты серьезно интересуются проблемами ЗОЖ и пытаются реализовать его принципы в своей жизни. Получается, что они сводят ЗОЖ преимущественно к такой его составляющей, как правильное питание. Это неправомерно.

Рассмотрение отличий поведения тех, кто пытался больше узнать о том, как следует правильно питаться, показало, что эти респонденты, особенно юноши, чаще прибегают к каким-либо ограничениям в еде (избегают сладкого, мучного, острого и др.) и знакомятся с информацией, указанной на упаковках приобретаемых продуктов. Например, среди этой категории студентов часто обращают внимание на сроки годности покупаемых продовольственных товаров 71,0% юношей и 80,9% девушек (по массиву в целом — соответственно 59,8 и 77,4%), на содержащиеся в них небезопасные добавки (консерванты, красители) — соответственно 29,9 и 32,4% (в целом по массиву — 21,0 и 26,7%), на их энергетическую ценность — 31,1 и 33,3% (в целом по массиву — 20,6 и 27,0%). Вместе с тем оказалось, что значительная доля тех, кто указал интерес к правильному питанию, не только не используют сведения о важных характеристиках употребляемых продуктов, но и демонстрирует недостаточную культуру питания по ряду показателей. Полученные данные свидетельствуют о необходимости образования в области рационального питания и повышения компетентности студентов как потребителей продуктов питания.

В некоторых вузах вводят предметы по проблемам здоровья. О том, что такая дисциплина или спецкурс есть в их вузе, написали 30,5% студентов (24,5% учащихся I—II курса, 35,7% — III—IV курса, 32,9% — V—VI курса). Одна из функций образования заключается в развитии познавательной потребности и культуры самообразования. Используемый в исследовании инструментарий не позволял выделить группу студентов, прослушавших курс по проблемам здоровья. Для того, чтобы проследить влияние вузовского образования на стремление студентов пополнить знания по перечисленным в табл. 1 вопросам, сравнивались ответы учащихся двух первых и двух последних курсов. Оказалось, что юноши-старшекурсники несколько чаще отмечали интерес к правильному питанию (45,0% против 36,4%), психологии общения (47,3% против 40,1%), девушки-старшекурсницы — к психологии общения (57,7% против 50,0%) и оздоровительной гимнастике (24,3% против 18,9%). В остальных вопросах различия ответов между студентами V—VI и I—II курсов еще меньше. В этой связи справедливо заметить, что вузовское образование практически не оказывает позитивного влияния на интерес к перечисленным в табл. 1 вопросам.

В техногенном урбанистическом мире необходимо обучать человека помощи себе и другим в случае угрозы ущерба здоровью. Целесообразно обучать молодежь правилам оказания первой медицинской помощи пострадавшим в различных ситуациях, которые возникают в быту. О недостаточном освещении этого вопроса в высшей школе и/или о том, что такая просветительская работа не проводится, свидетельствует почти полное отсутствие у респондентов за годы обучения динамики знаний по перечисленным в табл. 2 вопросам.

Овладение навыками оказания первой медицинской помощи помогает существенно уменьшить негативные последствия для здоровья тех, с кем случились происшествия, перечисленные в табл. 2. На старших курсах по сравнению с младшими немного больше доля отметивших, что они могут оказать помощь, если человеку стало плохо в транспорте или на улице, при ожоге, отравлении и переломе. Знания о предпринимаемых в этих ситуациях мерах — скорее всего результат накопления жизненного опыта после столкновения с несчастными случаями (могут пострадать родственники, близкие, знакомые). Особенно заметно увеличивается от первых курсов к выпускным доля ответов об оказании первой медицинской помощи пораженному электрическим током. Скорее всего, в процессе обучения молодые люди в соответствии с требованиями их специализации проходят инструктаж по технике безопасности.

В заключение отметим, что респонденты чаще всего называли попытки больше узнать о правильном питании, ЗОЖ и психологии общения. Вместе с тем нередко студенты оставляют в стороне какие-то важные аспекты этих тем, иногда указание на самообразование — это дань социально одобряемому поведению. Последнее включает в себе и положительный момент: желание следовать такому поведению может побуждать к изучению вопросов, касающихся здоровья и ЗОЖ в рамках специального предмета. Исследование показало необходимость развития образования по проблемам здоровья в вузах и здесь следует учитывать недооценку студентами значения некоторых составляющих ЗОЖ, а значит, стоит задача мотивировать их на расширение и применение соответствующих знаний.

Опрос показал, что риски в отношении здоровья стимулируют познавательный интерес к тому, как их снизить. В частности, студентам вузов, которые хотят сократить уровень эмоционального напряжения или бросить курить, нужна помощь: первым — в повышении уровня саморегуляции, вторым — в избавлении от вредной привычки.

Установки студентов на внимание к здоровью положительно влияют на их интерес к проблемам ЗОЖ,

поэтому актуально их формирование через СМИ и в системе высшего образования.

Трудовые достижения зависят не только от профессиональной подготовки кадров, но и от состояния здоровья специалистов. Одним из показателей отношения к здоровью является потребность в информации о здоровом образе жизни (ЗОЖ). Статья написана на основе результатов опроса, проведенного среди студентов вузов в 8 городах России. В ней анализируется интерес респондентов к различным аспектам ЗОЖ и к проблемам здоровья, рассматривается влияние на познавательную активность в этой области различных факторов (гендерные различия, самооценка здоровья и др.). Для того чтобы проследить влияние вузовского образования на умения студентов оказать первую медицинскую помощь в требующих ее ситуациях, сравнивается мнение учащихся первых и последних курсов относительно своих возможностей ее оказания.

Ключевые слова: *интерес студентов к информации о здоровом образе жизни, факторы, влияющие на познавательную активность, умение оказать первую медицинскую помощь*

The interest of students to the healthy life-style issues

L.Yu. Ivanova

The labor achievements depend on both the professional training of personnel and health status of specialists. The need in information concerning healthy life-style is one of the indicators of attitude to health. The article analyses the results of students' poll carried out in 8 cities of Russia. The interest of respondents to various aspects of healthy life-style is analyzed. The impact of different factors (gender differences, health self-assessment, etc.) on cognitive activity in this area is considered. The opinions of students of first and last courses concerning the first medical aid provision are compared to investigate the impact of university education on the ability to implement this kind of care.

Key words: *students' interest to healthy life-style, factors impacting on cognitive activity, ability to provide first medical aid*

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боронина Л. Н., Вишневецкий С. Ю., Лопалева Н. С.* // Здоровье как ресурс / Под ред. З. Х. Саралиевой. — Н. Новгород, 2010. — С. 118—127.
2. *Решетников А. В.* // Социол. мед. — 2005. — № 2. — С. 3—25.

Поступила 24.11.10

С. А. Кузьмин

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОДГОТОВКИ ГРАЖДАН К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

Необходимость совершенствования медицинского обеспечения подготовки граждан к службе в Вооруженных Силах РФ продиктована тем, что за последние 10 лет показатели годности к военной службе снизились на 20% [1, 5]. Практически каждый третий призывник освобождается или получает отсрочку от призыва по состоянию здоровья. В связи с происходящим в стране уменьшением численности призывного ресурса на фоне ухудшения состояния здоровья призывников возникают проблемы формирования полноценного и боеспособного контингента

военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации [4, 6].

В "Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан" (от 22.07.93 № 5487-1 с изм. и доп.) отмечено, что "военно-врачебная экспертиза определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту и т. д." [2, 3]. В связи с тем что в стране призыв на военную службу сокращен до одного года, а Вооруженные силы Российской Федерации должны быть обеспечены здоровым контингентом призывников, возрастают требования к качеству проведения их медицинского освидетельствования.

Динамика эффективности первого этапа медицинского обеспечения подготовки юношей 16-летнего возраста к военной службе (Оренбургская область, 2002—2009 гг.)

Показатель	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Число состоявших в III группе здоровья	5350	5201	4874	4370	4758	4377	3738	3159
Число переведенных из III во II группу	712	522	814	861	797	771	646	544
Число снятых с диспансерного наблюдения	436	897	1115	839	1144	887	826	371

В Оренбургской области осуществлен анализ состояния организации медицинского обеспечения граждан к военному призыву.

С 2002 г. в изучаемом регионе соблюдаются принципы преемственности и этапности в работе учреждений здравоохранения и военных комиссариатов. За этот период отмечена отчетливая тенденция к улучшению показателей эффективности лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, проводимых среди юношей допризывного и призывного возраста. Доля юношей, которые в результате проводимых мероприятий были сняты с диспансерного наблюдения, с 2002 г. по 2006 г. выросла (табл. 1).

Приоритетом работы детских поликлиник в Оренбургской области стало совершенствование первичной и вторичной профилактики, а также диспансерного наблюдения, включая своевременное и эффективное выполнение лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, проводимых среди юношей допризывного возраста.

В детских поликлиниках осуществляется мониторинг состояния здоровья юношей-подростков. Имеется база данных, в которой содержатся сведения о результатах медицинских профилактических осмотров юношей с заключением о состоянии здоровья, физического развития, а также о тактике дальнейшего диспансерного наблюдения с отметкой о выполнении и эффективности лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

В исследуемом регионе осуществляется постоянный обмен информацией о состоянии здоровья юношей допризывного возраста между лечебно-профилактическими учреждениями и военными комиссариатами. Кроме того, в военных комиссариатах имеется единая электронная база данных о состоянии здоровья и категории годности к военной службе лиц допризывного и призывного возраста.

В Оренбургской области построена система межведомственного взаимодействия между учреждениями здравоохранения, образования, культуры, физической культуры и спорта, военными комиссариатами, другими ведомствами (силовыми структурами и т. д.) и общественными организациями.

Анализ показателей эффективности лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, проводимых среди юношей допризывного возраста в Оренбургской области, свидетельствует о том, что в течение последнего десятилетия увеличилась доля лиц, переведенных из III во II группу здоровья (с 12,8 до 18,7% среди 16-летних и с 13,3 до 17,2% среди 17-летних), и доля лиц, снятых с диспансерного наблюдения (с 3,9 до 5,4% среди 16-летних и с 4,3 до 5,0% среди 17-летних).

Анализ интегральных показателей качества медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе показал, что в Оренбургской области за десятилетний период доля возврата призывников со сборного пункта уменьшилась с 7,0 до 3,6%, а доля досрочного увольнения военнослужащих по состоянию здоровья уменьшилась с 0,6 до 0,1%.

В результате исследования были научно обоснованы пути модернизации системы медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе (на примере отдельного субъекта Российской Федерации — Оренбургской области).

Приоритетными направлениями в работе амбулаторно-поликлинического звена с юношами подросткового возраста должны стать: формирование здорового образа жизни (за счет разработки и использования индивидуальных программ первичной и вторичной профилактики, адресного гигиенического воспитания и обучения подростков, борьбы с вредными привычками, формирования сознательного отношения к своему здоровью и мотивации на его сохранение и укрепление); совершенствование организации профилактических медицинских осмотров юношей в возрасте 15 и 16 лет (за счет расширения стандарта профилактических медицинских осмотров и повышения их качества); улучшение системы диспансерного наблюдения юношей-подростков.

Не менее значимым должно быть совершенствование организации лечебно-оздоровительных мероприятий, проводимых среди юношей (за счет своевременного и адекватного выполнения стандартов лечения и оздоровления), а также улучшение организации восстановительной медицины для больных подростками (за счет применения современных технологий оздоровления, лечения и реабилитации).

Для осуществления мониторинга состояния здоровья, включая физическое развитие, подростков допризывного и призывного возраста в детских поликлиниках должны создаваться электронные базы (регистры) данных, в которых отражены результаты профилактических медицинских осмотров юношей с заключением о состоянии их здоровья, оценкой физического развития, группой здоровья, а также дальнейшей тактикой их диспансерного наблюдения, отметкой о выполнении и результатах проведения лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий. Обмен электронной информацией о юношах допризывного и призывного возраста между детскими поликлиниками, лечебно-профилактическими учреждениями и призывными комиссиями позволит объективировать сведения о состоянии их здоровья и годности к военной службе, а также проводить мониторинг этих показателей. С целью соблюдения принципов преемственности и этапности при осуществлении медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе следует внедрять разработанную схему мониторинга состояния здоровья юношей допризывного и призывного возраста.

В детских амбулаторно-поликлинических учреждениях мероприятия по первичной профилактике должны стать приоритетными и объединять гигиеническое воспитание и обучение юношей; пропаганду

здорового образа жизни, включая повышение физической активности, соблюдение принципов рационального питания, борьбу с вредными привычками (табакокурением, употреблением алкоголя и др.); повышение мотивации на сохранение и укрепление здоровья; проведение общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий.

В связи с высоким уровнем заболеваемости юношей, а также формированием у них к подростковому возрасту хронических заболеваний особую значимость приобретают вопросы вторичной профилактики и восстановительной медицины. В связи с этим возрастает роль не только оздоровительных, но и лечебных мероприятий, включая реабилитацию.

В системе медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе необходимо улучшать качество проведения профилактических медицинских осмотров в детских поликлиниках. С этой целью следует внедрять единые отраслевые стандарты медицинских осмотров и осуществлять раннее выявление нарушений состояния здоровья и физического развития юношей, что в дальнейшем потребует своевременной и адекватной (в соответствии с отраслевыми стандартами) работы по коррекции расстройств здоровья, оздоровлению, лечению и реабилитации.

Определение видов и объемов обследований юношей, начиная с 15-летнего возраста, в детских поликлиниках должно базироваться на данных о состоянии здоровья подростков и на сопоставлении их с конечным результатом — определением категории годности к военной службе. Резервом повышения годности юношей к военной службе являются лица, отнесенные к категории В (при болезнях с умеренным нарушением функции) и Г (нуждающиеся в обследовании и/или лечении).

Установлено, что наиболее значимыми в плане раннего выявления и возможности проведения успешной коррекции являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной систем, органов пищеварения, а также болезни глаз и кожи. Кроме того, психические расстройства и расстройства поведения, а также другие социально значимые заболевания являются причиной ограничения годности и/или негодности юношей к военной службе. В связи с этим необходимо расширить стандарт проведения не только профилактических медицинских осмотров юношей в детской поликлинике, но и медицинского освидетельствования (при ППВУ) в призывных комиссиях. Целесообразно расширить как перечень врачей-специалистов, участвующих в медицинских осмотрах, так и объем лабораторных и инструментальных исследований.

В призывных комиссиях муниципальных образований Оренбургской области за последние годы накоплен определенный опыт расширения стандарта проведения медицинского освидетельствования юношей при ППВУ. Обязательный перечень врачей-специалистов дополнительно расширен за счет осмотров врачей-наркологов и дерматовенерологов. Кроме того, у всех юношей при ППВУ дополнительно проводятся клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование

крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, а также электрокардиография.

Диспансеризация в системе медицинского обеспечения юношей допризывного и призывного возраста — одно из актуальных направлений оздоровления подрастающего поколения и комплектования войск здоровым контингентом военнослужащих. Значимость диспансеризации определяется также тем, что она обладает высокой медицинской, социальной и экономической эффективностью.

Углубленный анализ качества диспансеризации подростков требует детальной оценки показателей организации диспансеризации (полнота охвата юношей допризывного и призывного возраста диспансеризацией, своевременность выполнения всех мероприятий); качества процесса диспансеризации (полнота объема клинико-диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, соответствие стандартам); результатов диспансеризации (число и доля юношей, снятых с диспансерного учета в связи с выздоровлением; число и доля юношей, у которых за время наблюдений отмечались обострения хронических заболеваний; число и доля юношей, которые за время наблюдения были госпитализированы по причине ухудшения здоровья и др.).

Таким образом, в результате выполненного исследования были разработаны пути совершенствования оказания медицинской помощи лицам допризывного и призывного возраста, проживающим в Оренбургской области.

Представлены результаты анализа состояния организации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в Оренбургской области. Научно обоснованы пути совершенствования медицинской помощи лицам допризывного и призывного возраста, проживающим в исследуемом регионе.

Ключевые слова: медицинская помощь, организация здравоохранения, подготовка к военной службе

The analysis of organization of medical support of citizen training to military service

S.A. Kuzmin

The article presents the results of analysis of medical support of citizen training to military service in Orenburgskaya oblast. The means to enhance the medical care of persons of pre-induction and induction age residing in this region are substantiated.

Key words: medical care, public health organization, training to military service

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриева Е. В., Ножкин Н. В., Зайкова И. О. // Урал. мед. журн. — 2008. — № 8. — С. 70—75.
2. Основы военно-врачебной экспертизы: Пособие для врачей. — М., 2001.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5488-1. (с изм. и доп.). — М., 1993.
4. Шигапов Б. Г. // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 4. — С. 79—80.
5. Ядчук В. Н. // Бюл. ННИИ обществ. здоровья РАМН. — 2002. — Вып. 2. — С. 141—144.
6. Ядчук В. Н., Квасовка В. В., Ковальский О. Н. и др. // Главный врач. — 2006. — № 10. — С. 86—88.

Поступила 18.02.11

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 616.831-02:613.632]-058

М. П. Дьякович¹, П. В. Казакова, И. Ю. Соловьева²

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКОЙ (РТУТНОЙ) ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА*

¹Ангарский филиал УРАМН ВСНЦ экологии человека СО РАМН — НИИ медицины труда и экологии человека; ²Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области

ВОЗ рекомендует определять качество жизни как соотношение индивидом своего положения в жизни общества в контексте его культуры и системы ценностей с планами, возможностями и степенью неустройства. Под качеством жизни больного человека понимают совокупность его переживаний по поводу понимания смысла существования и ценности здоровья, взаимосвязи с внешним миром в соответствии с потребностями и возможностями в условиях болезни [2]. Качество жизни, связанное со здоровьем, в настоящее время стало предметом исследований во многих отраслях медицины, в том числе и неврологии [5, 7, 9]. Результаты исследований по оценке качества жизни больных эпилепсией, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона представлены в зарубежной и отечественной литературе, но сведения о качестве жизни лиц с хроническими нейротоксикозами профессионального генеза отсутствуют.

Клиническая практика свидетельствует о неполноценности реабилитации больных с профессиональными заболеваниями даже на стадии негрубых функциональных расстройств [8]. В случае такого хронического прогрессирующего неврологического заболевания, как нейротоксикоз профессионального генеза речь может идти лишь о поддерживающей реабилитации, эффективность которой, к сожалению, крайне низка. Результатом прогрессивного течения заболевания в отдаленном постконтактном периоде является развитие токсической энцефалопатии с доминированием психических нарушений органического характера над неврологической симптоматикой [3, 6], что неизбежно снижает качество жизни больных. Проблема нейротоксикозов актуальна для Иркутской области, в профпатологическом бюро медико-социальной экспертизы которой ежегодно проходят освидетельствование 100—110 пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации.

Поскольку функциональное состояние больного можно рассматривать лишь как способность в данное время выполнять некую функцию с определенным результатом, оно не может выявлять то, как человек переносит заболевание и не может считаться индикатором его качества жизни [1]. Субъективные оценки благополучия в различных сферах жизнедеятельности являются показателями определенных психосоциальных характеристик человека, о чем косвенно свидетельствуют данные о влиянии тревожных и депрессивных расстройств на качество жизни, превосходящем влияние на

него самой патологии [11]. Для пациентов показатели физиологических изменений в организме, по которым врач оценивает эффективность лечения, не всегда очевидны. Это отдаляет врача от больного и препятствует рациональному использованию возможностей лечебно-реабилитационного процесса. Знание о качестве жизни больных с ртутной энцефалопатией позволит не только оптимизировать лечебно-реабилитационный процесс, но и оценить его результаты с точки зрения пациента.

Целью настоящей работы являлась оценка качества жизни больных с токсической (ртутной) энцефалопатией профессионального генеза.

Материалы и методы

Объектом медико-социального исследования явились 86 пациентов с ртутной энцефалопатией профессионального генеза, наблюдавшиеся в клинике Института в 2001, 2008 г. Их стаж работы с ртутью составил в среднем $13,6 \pm 0,6$ года, длительность постконтактного периода — $14,8 \pm 0,7$ года, средний возраст — $46,6 \pm 0,8$ года. Все они характеризовались стойкой утратой трудоспособности, имели сходные социально-бытовые условия и образовательный уровень, проживали в одном районе, в период исследования не работали.

Группа сравнения была сформирована из 130 практически здоровых рабочих, имеющих производственный контакт с ртутью, близких по социально-бытовым условиям, проживающих в той же промышленно развитой южной части Иркутской области. Средний возраст обследованных группы сравнения составил $43,2 \pm 0,8$ года, средний стаж — $11,5 \pm 0,7$ года.

Уровень социальной фрустрации и типы отношения к болезни определяли по методикам Л. И. Вассермана (1995, 1998); соотношение терминальных ценностей — по методикам М. Рокича (1973) и Е. Б. Фанталовой (1992); показатели личностного благополучия — по методике З. Ф. Дудченко (2005). Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивали с помощью опросника SF-36. Социально-бытовые условия, выраженность жалоб, жизненные установки оценивали в ходе стандартизированного интервью. Для математико-статистической обработки данных использовали программу Statistica for Windows v. 8 Ru; применяли метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Большинство (52%) больных с энцефалопатией имеют среднее специальное образование, 33% — общее среднее, 15% — высшее. В ходе исследования установлено, что более 90% обследованных имеют благоустроенное жилье, 10% проживают в собственных домах с удобствами на улице и небольшими приусадебными участками. Материальный доход пациентов превыша-

М. П. Дьякович — д-р биол. наук, вед. науч. сотр. (marik914@gambler.ru); *П. В. Казакова* — медицинский психолог (imt@irmail.ru); *И. Ю. Соловьева* — врач-невролог (agaritova-ira@mail.ru)

* Исследования выполнены при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 08-06-00528а.

ет прожиточный минимум по Иркутской области для пенсионеров в 5 раз, для трудоспособного населения в 3,6 раза. Наибольшую часть (63,6%) дохода составляют ежемесячные страховые выплаты в соответствии со степенью утраты профессиональной трудоспособности.

Несмотря на то что 95% пациентов имеют семью, для трети из них — это второй и третий брак. Причинами расторжения брака, по их мнению, являлись в большинстве случаев нарушения сексуальной и нервно-психических функций. Треть (33%) пациентов характеризуют отношения в семье как напряженные, более половины указывают на непонимание и отчужденность со стороны родных, особенно со стороны жены. Более 70% не могут назвать людей, которые могут помочь им в трудную минуту, считая, что их совсем нет, или есть всего 1—2 человека.

Прием и посещение хорошо знакомых людей — соседей, родственников, друзей — редкие явления для 60% пациентов. Общение с людьми другого социального круга и возраста вне семьи у большинства (75%) происходит крайне редко, контакт же с незнакомыми людьми для 48% пациентов вообще не представляется возможным. Указанный факт может быть связан с проявлениями таких поведенческих реакций, как патологическая "смущаемость", усиливающаяся при волнении в присутствии даже знакомых, что характерно для ртутного эретизма. Большинство (60%) пациентов предпочитают одиночество. Снижение частоты социальных контактов сопровождается потерей интереса к активной деятельности, чрезмерной чувствительностью и отсутствием социальности.

У обследованных отмечено существенное сужение интересов. Так, 89% пациентов отмечают, что до заболевания они вели активный образ жизни, занимались разными видами спорта (чаще всего лыжами, футболом), причем 25% из них были присвоены высокие спортивные разряды. В настоящее время только один из пострадавших продолжает заниматься физической культурой. Характерными для сибиряков рыболовством, таежным промыслом, собаководством увлекались 80% обследованных. В числе своих утерянных увлечений 70% пациентов назвали чтение, 15% — шахматы. Практически все пациенты бросили чтение, объясняя это быстрым утомлением глаз из-за снижения остроты зрения, плохим пониманием прочитанного текста. Ничем в настоящее время не увлекаются 60% пациентов, 10% проявляют интерес к телепередачам, 30% занимаются легкой работой по дому.

Интересным представлялось изучение представлений обследованных о своем здоровье. Заметное ухудшение здоровья после прекращения трудовой деятельности отмечают 60% пациентов, объясняя, что в коллективе они "держались", не думали о болезнях. В то же время 22% пациентов не замечают никакой динамики в состоянии здоровья, считая, что плохо себя чувствовали, еще работая на производстве. Все обследованные отмечают нарушение сна, изменение характера в сторону нетерпимости, раздражительности, вспыльчивости. Следует отметить, что акцентуация патохарактерологических черт способна приводить к нарушению социальной адаптации, а следовательно, и к снижению возможности социальной реабилитации. В динамике наблюдения установлено достоверное снижение доли лиц (с $17,4 \pm 4,1$ до $4,7 \pm 2,3\%$) с адаптивным типом отношения к болезни, при котором формируется мотивация на поддержание своего здоровья. В структуре дезадаптивного типа отношения к болезни преобладает интрапсихическая направленность реагирования, проявляющаяся в угнетенном состоянии, "уходе" в болезнь.

Изучение отношения к труду до болезни и в отдаленном периоде ее течения показало, что большинство (85%) пациентов в прошлом имели стойкое желание работать, положительно относились к своей профессиональной деятельности и коллективу, понимали важность результатов своего труда. Свою экономическую незанятость в настоящее время 88% пациентов объясняют отсутствием желания работать. В ходе исследования у 65% пациентов выявлена пассивно-иждивенческая жизненная позиция с требованиями более существенной моральной и материальной компенсации со стороны государства и предприятия, а также исключительной заботы о себе от близких и повышенного внимания от окружающих. Треть (35%) пациентов имеют пассивную жизненную позицию, предпочитая оставаться в "тени", не выделяться, не спорить, а "плыть по течению", демонстрируют полное безразличие к своей судьбе, утрату интереса ко всему тому, что ранее волновало.

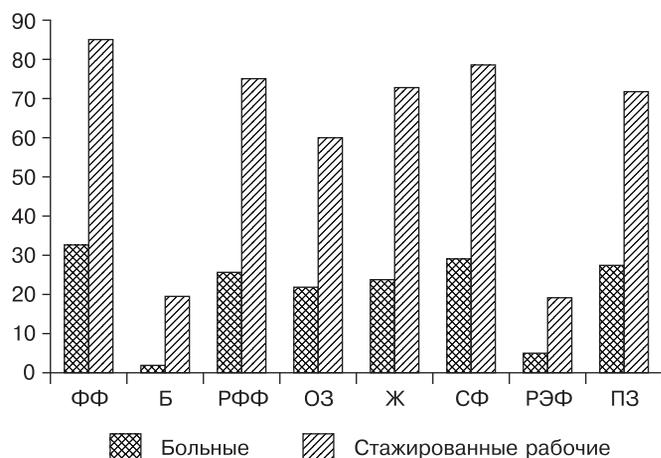
Респонденты из группы сравнения имеют сходный образовательный уровень, в 85% случаях проживают в благоустроенных квартирах. 90% респондентов этой группы состоят в браке, 80% удовлетворены взаимоотношениями в семье и своей профессиональной деятельностью. Доход этих лиц представлен в основном (95%) заработной платой и превышает прожиточный минимум по Иркутской области для трудоспособного населения в 4,7 раза. Следует отметить более благополучную ситуацию по типам жизненных позиций в группе сравнения. Так, 60% опрошенных рабочих имеют активную жизненную позицию, которая соответствует желанию работать для достижения лучшего для себя и своих близких, при этом 28% демонстрируют пассивно-иждивенческую жизненную позицию и 12% — пассивную.

Изучение распространенности бытовых интоксикаций показало, что в группе сравнения доля лиц с вредными привычками была достоверно выше, чем среди пациентов ($69,2 \pm 3,7\%$ против $50 \pm 8,8\%$ курящих и 100% против $53,1 \pm 8,8\%$ употребляющих алкоголь). При этом около трети пациентов из числа не подвергающихся в настоящее время воздействию бытовых интоксикаций отказались от приема алкоголя (40%) и курения (31,3%) в течение последних 5—10 лет, считая, что указанные привычки "ухудшают и так ухудшающееся здоровье". В то же время 58,8% пациентов, употребляющих алкоголь, не могут и не хотят отказаться от этой привычки, несмотря на то что отмечают значительное ухудшение своего состояния после приема алкоголя.

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, свидетельствует о достоверно более низких значениях (при максимальной оценке в 100 баллов) показателей по всем шкалам у больных с энцефалопатией по сравнению с таковыми у лиц группы сравнения (см. рисунок).

Установленный факт объясняется взаимным влиянием клинических и психосоциальных факторов, которое выражается в прогрессировании профессиональной патологии и увеличении частоты сопутствующих заболеваний, преимущественно неконструктивными типами психологической защиты, интрапсихическим реагированием на болезнь, выявленными ранее [4].

В ходе исследования установлено достоверное отрицательное влияние депрессии на оценку качества жизни по таким субшкалам, как боль ($RS = 0,54$), общее здоровье ($RS = -0,82$), жизнеспособность ($RS = -0,84$), социальное функционирование ($RS = -0,79$), психическое здоровье ($RS = -0,90$). Указанные факты согласуются с мнением американских исследователей о том,



Сравнительная оценка качества жизни больных с ртутной энцефалопатией (баллы).

ФФ — физическое функционирование, Б — физическая боль, РФФ — ролевое физическое функционирование, ОЗ — общее состояние здоровья, Ж — жизнеспособность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ — психическое здоровье.

что последствиями депрессии являются в основном психосоциальные нарушения, влияющие на различные аспекты жизни больных [10].

Боль и нарушения физического функционирования, снижающие качество жизни, являются одними из основных проблем по результатам самооценки больных. Наиболее часто пациенты с энцефалопатией предъявляли жалобы на головную боль (80,3%), слабость, утомляемость (63,9%), а также боли в конечностях (59%). Указанные жалобы в 42,4—55,7% случаев оказывали выраженное влияние на общую активность, настроение и способность радоваться жизни, отношения с другими людьми и выполнение домашней работы.

В ходе исследования установлено, что среди больных с энцефалопатией достоверно чаще, чем среди рабочих группы сравнения встречались лица с высоким уровнем социальной фрустрации (83,7% против 47,7%). В динамике наблюдения у пациентов выявлено более выраженное усугубление фрустрированности по таким сферам, как "положение в обществе" и "образ жизни в целом", что может свидетельствовать об усилении социальной депривации.

Пациенты с высоким уровнем социальной фрустрации демонстрируют достоверно более неблагоприятные оценки личностного благополучия ($37,1 \pm 2,1$ балла против $48,2 \pm 2,4$ балла), а также физического функционирования ($0,8 \pm 0,3$ балла против $3,1 \pm 0,8$ баллов). Хотя фрустрация у них достоверно более выражена по всем сферам жизнедеятельности, особо следует отметить такие сферы, как семья (превышение составляет 42%), положение в обществе (37%), образ жизни (36%). При этом лица с разным уровнем социальной фрустрации, не различались по возрасту и степени утраты трудоспособности. Социальная фрустрация как следствие невозможности реализации своих социальных потребностей может быть одним из ведущих механизмов социальной дезадаптации, так как у фрустрированных личностей блокируются мотивации достижений в сфере актуальных потребностей.

В ходе исследования ценностно-потребностной сферы выявлено что у больных с энцефалопатией в большей степени, чем у рабочих группы сравнения, преобладает важность над доступностью ценностей "Здоровье" (89,4% против 37,4%), "Материально обе-

спеченная жизнь" (64,6% против 52,9%), "Интересная работа" (48,8% против 24,6%). Относительный риск расхождений между важностью и доступностью составляет у пациентов 66,5% (у лиц группы сравнения 57,1%), что свидетельствует о выраженности (субъективной значимости) внутриличностного конфликта, влияющего на качество жизни. Усугубляя существующую невротизацию и психопатизацию, он негативно влияет на формирование отношения к болезни и обуславливает стратегию дезадаптивного поведения.

Наличие вестибулярных и координаторных нарушений существенно ограничивает больных с ртутной энцефалопатией в выборе профессии. В то же время у части пациентов на фоне заболевания наблюдаются деформация ценностно-мотивационных установок и смена стратегии социального поведения на аггравационнорентный тип с отказом от участия в труде, у других — возникновение негативных эмоционально-аффективных реакций в ответ на такие фрустрирующие факторы, как потеря жизненных ориентиров при вынужденной смене социального статуса, сужение круга социальных контактов, значительное расхождение между ожидаемыми и исполняемыми ролевыми наборами. Смещение социальной роли пострадавших из плоскости мужества и героизма ("мы трудились для светлого будущего") в область жертвенности ("нас бросили в ад, мы никому не нужны") под влиянием изменившейся в обществе системы ценностей формирует у них комплекс социальной бесполезности, ведущий к социальной дезадаптации. Лишь 10% пациентов желают посылить трудиться и состоят на учете в Центре занятости населения.

Выводы

Данные интервьюирования выявили негативные эмоционально-аффективные реакции у пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации на производстве, потерю жизненных ориентиров при вынужденной смене социального статуса, сужение круга социальных контактов, значительное расхождение между исполняемым и ожидаемым ролевыми наборами.

Выявленные отличия в типах жизненной позиции и социабельности у пострадавших можно объяснить прогрессированием болезни в отдаленном ее периоде. Значимыми причинами ухудшения состояния пациентов могут быть не только психоневрологические изменения, являющиеся следствием кумулятивного эффекта нейротоксиканта, но и неспособность личности обеспечить компенсацию нарушенных функций организма адекватными механизмами психологического функционирования, а также наличие внутриличностного конфликта и социальной фрустрации.

Дестабилизирующими факторами в связи с болезнью могут быть хронические боли, провоцирующие депрессивные состояния; длительное медикаментозное лечение, способствующее дестабилизации эмоциональной сферы; осознание пострадавшими ухудшения социального положения; снижение деятельностной активности; семейные конфликты в связи с хроническим заболеванием.

Прогрессирование заболевания и наличие фрустрирующих факторов снижают способность к адекватному эмоциональному реагированию, формируют психосоциальную дезадаптацию, которая поддерживает негативное физическое и психоэмоциональное состояние, снижая эффективность реабилитационного процесса. Возникает замкнутый круг, приводящий к ухудшению качества жизни. Разорвать его может личностно ориентированная медико-социальная реабилитация больных

с учетом клинической стадии заболевания и психосоциальных особенностей.

Представлены результаты динамического медико-социологического исследования, проведенного на связной выборке пациентов с токсической (ртутной) энцефалопатией профессионального генеза. Показано, что снижение качества их жизни обусловлено не только психоневрологическими нарушениями, но и неспособностью обеспечить их компенсацию адекватными механизмами психологического функционирования, наличием фрустрированности, внутриличностного конфликта в ряде жизненных сфер, дезадаптивного поведения в отношении к болезни.

Ключевые слова: *пациенты, качество жизни, токсическая (ртутная) энцефалопатия, внутриличностный конфликт, социальная фрустрация*

The study of life quality of patients with toxic (mercurial) encephalopathy of professional genesis

M.P. Dyakovitch, P.V. Kazakova, I.Yu. Solovieva

The article presents the results of dynamic medical sociological survey applied to a sample of patients with toxic (mercurial) encephalopathy of professional genesis. It is demonstrated that the decrease of patients' life quality is due to both psychoneurological disorders and inability to provide their compensation by satisfactory mechanisms of psychological functioning. The frustration, intrapersonal conflict in certain life areas and desadaptative behavior concerning disease are also present.

Key words: *patient, life quality, toxic (mercurial) encephalopathy, toxic (mercurial) encephalopathy, social frustration*

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л. И.* и др. // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001. — С. 103—114.
2. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А.* // Сиб. психол. журн. — 2007. — № 26. — С. 112—119.
3. *Думкин В. Н., Рыжкова М. Н., Милков Л. Е.* Отдаленные последствия хронических профессиональных нейроинтоксикаций: Метод. рекомендации. — М., 1987.
4. *Дьякович М. П.* и др. // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2010. — № 1. — С. 36—41.
5. *Ионова Т. И.* // Неврол. вестн. — 2010. — Т. 42, вып. 1. — С. 88—94.
6. *Колесов В. Г.* и др. // Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — № 1. — С. 25—29.
7. *Решетников А. В., Ефименко С. А.* Социология пациента. — М., 2008.
8. *Тарасова Л. А., Думкин В. Н.* // Профессиональные заболевания / Под ред. Н. Ф. Измерова. — М., 1996. — С. 136—200.
9. *Meyers A., Gage H., Hendricks A.* // Arch. Neurol. — 2000. — Vol. 57. — P. 1224—1227.
10. *Solomon D. A. et al.* // J. Clin. Psychiatry. — 1995. — Vol. 56. — P. 5—13.
11. *Surtees P. G., Wainwright N. W. J.* // Br. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 183. — P. 299—303.

Поступила 30.09.10

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ "СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ" В 2011 Г.

Теория и методология

- Ивенская Т. А., Элланский Ю. Г., Худогонов И. Ю., Хлынин С. В.* Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников 1 (18)
- Изуткин Д. А.* Анализ подходов к понятию "здоровье" в зарубежной социологии 2 (10)
- Решетников А. В.* Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) 1 (3)
- Решетников А. В.* Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть IV) 2 (3)
- Шишкина Е. А.* Экологическая культура как медико-социальная категория 1 (15)

Социологические аспекты деятельности здравоохранения

- Абаева О. П.* Медико-социальные проблемы, связанные с реализацией права пациента подросткового возраста на автономию при медицинской помощи 1 (27)
- Глухова Г. А.* Изучение удовлетворенности пациентов оказанием высокотехнологичной медицинской помощи 1 (30)
- Щепин О. П., Коротких Р. В., Растегаев В. В., Растегаева И. Н.* Результаты изучения состояния профилактики заболеваний и диспансеризации населения на селе 1 (23)

Социология здоровья

- Журавлева И. В.* Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде 1 (32)
- Иванова Л. Ю.* Интерес студентов к проблематике здорового образа жизни 2 (54)

Кузьмин С. А. Анализ организации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе 2 (57)

Социология медицинской профессии

- Блюдников С. А., Михальченко Д. В.* Воспроизводство научных кадров медицины в условиях высшей школы (по результатам медико-социологического анализа) 2 (29)
- Бравве Ю. И., Федорова Т. К., Песков С. А., Величкина Н. Н., Масленников А. Б.* Основные направления деятельности Государственного Новосибирского областного клинического диагностического центра в контексте модернизации здравоохранения 2 (22)
- Санёров В. Н.* Деонтологические аспекты отношения врача к обществу 2 (31)
- Сорокин Д. В.* Самооценка квалификации преподавателями системы дополнительного профессионального образования врачей-стоматологов 2 (34)
- Шурупова Р. В.* Формирование социальной роли врача-педагога в системе непрерывного последипломного образования (на материалах эмпирического исследования 2006—2010 гг.) 2 (14)

Социология пациента

- Абриталин Е. Ю., Федоров Н. В.* Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессиями 2 (47)
- Мордык А. В., Пузырева Л. В., Подкопаева Т. Г.* Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению 2 (44)
- Селихова М. С., Григорян В. А.* Репродуктивный потенциал и контрацептивное поведение женщин после оперативного родоразрешения 2 (52)

Врач-пациент

Волобуев Е. Н., Мажаренко В. А., Приз Е. В. Дифференциация отношений врачей к пациентам и их родственникам 1 (42)

Медико-социологические исследования

Алламярова Н. В., Алексеева В. М. Об отношении к проблеме социального сиротства с точки зрения различных групп населения (по данным социологического опроса) 1 (46)

Бабинцев В. П., Реутова М. Н. Организация мониторинга демографической ситуации в регионе 2 (40)

Решетников А. В., Хаитов Р. М., Ефименко С. А., Гудима Г. О., Сидорович И. Г., Карамов Э. В., Богачанская Н. Н., Павлов С. В. Медико-социологическое исследование готовности населения Российской Федерации к вакцинации против ВИЧ-инфекции/СПИДа 2 (37)

Серенко К. А. Поведенческие факторы риска больных хроническим гепатитом С во время проведения противовирусной терапии (по результатам социологического исследования) 1 (52)

Шильникова Н. Ф., Ходакова О. В., Богатова И. В. О результатах социологического исследования

удовлетворенности медицинским обслуживанием застрахованных в городе Чите 1 (50)

Качество жизни

Гербекова И. Д., Алексеева В. М., Микерова М. С. Образ жизни и факторы риска у больных инфарктом миокарда (по результатам социологического опроса) 1 (59)

Дьякович М. П., Казакова П. В., Соловьева И. Ю. Исследование качества жизни больных с токсической (ртутной) энцефалопатией профессионального генеза 2 (60)

Кром И. Л., Андриянова Е. А., Новичкова И. Ю., Чернышкова Е. В. Пространственное измерение инвалидизации в условиях соматических ограничений 1 (54)

Хроника

Варгина С. А., Мажаренко В. А., Хадикова Т. А. Научный потенциал социологии медицины (к итогам третьей Всероссийской научно-практической конференции "Социология медицины — реформе здравоохранения") 1 (62)

Наши юбиляры

Владимир Иванович Петров (к 60-летию со дня рождения) 1 (64)

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Тел./факс 8 (499) 245-33-55

**Ответственность
за достоверность
информации, содержащейся
в рекламных материалах,
несут рекламодатели.**

Редактор *Л. И. Федяева*
Художественный редактор
Р. Р. Катеева
Корректор *В. С. Смирнова*
Переводчик *В. С. Нечаев*
Верстка *Г. В. Калинина*

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера, либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Сдано в набор 01.11.11. Подписано в печать 14.12.11.
Формат 60 × 88 1/8.
Печать офсетная Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84. Уч.-изд. л. 8,76.
Заказ 322.
ОАО "Издательство "Медицина"
Адрес издательства:
115088 Москва, Новоостاپовская ул., д. 5, стр. 14
E-mail: meditsina@mtu-net.ru
WWW страница: www.medlit.ru
ЛР № 010215 от 29.04.97 г.
Подписной тираж номера 924 экз.
Отпечатано в ООО "Печатный салон Шанс".

ISSN 1728-2810



9 771728 281002