

ШЕСТАКОВ

Александр Анатольевич

**ВРАЧ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ В СИСТЕМЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ:
ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

14.02.05 – Социология медицины

Автореферат

Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Волгоград – 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Государственном бюджетном учреждении «Волгоградский медицинский научный центр»

- Научный руководитель: Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **Ткаченко Людмила Владимировна**
- Научный консультант: Заслуженный деятель науки РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор **Седова Наталья Николаевна**
- Официальные оппоненты **Жаркин Николай Александрович**, доктор медицинских наук (14.01.01), профессор, главный врач ГУЗ «Клинический родильный дом № 2», г.Волгоград.
Андрянова Елена Андреевна, доктор социологических наук (14.02.05), профессор, заведующий кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, г.Саратов.
- Ведущая организация: **ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет»**, г. Астрахань

Защита диссертации состоится 12 марта 2016 года в 11 ч. 30 мин. на заседании диссертационного совета Д 208.008.04 при Волгоградском государственном медицинском университете по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, ауд. 4 – 07.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета и на сайте <http://www.volgmed.ru>.

Автореферат разослан « » _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
профессор

Деларю В.В.

Актуальность темы исследования. Проблемы оптимизации оказания акушерско-гинекологической помощи при родах – одни из самых актуальных в современной медицине, поскольку родовспоможение является ключевым моментом самого важного для людей процесса – продолжения рода. Особое внимание уделено данным проблемам и в «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года».

Среди проблем, связанных непосредственно с родовспоможением, наибольший интерес специалистов вызывает диагностика и хирургическая тактика при врастании плаценты в рубец на матке после операции кесарева сечения (М.А.Курцер, 2015) и в целом проблема операций кесарева сечения, которая в современном акушерстве приняла масштаб эпидемии (А. Антсаклис, 2015; М.С.Селихова, 2013, 2014; Григорян В., 2014). Интенсивно обсуждаются современные требования к ведению преждевременных родов (Ди Ренцо, 2015), этические проблемы недоношенности (Ф. Червенак, 2015), роль 3D – ультразвуковых технологий в диагностике и лечении патологических состояний (А. Курьяк, 2015), способы ведения преждевременных родов (Сичинава Л. Г., 2015), проблема дефицита магния в развитии акушерской и гинекологической патологии (К. Дадак, 2015), проблема тромбофилических осложнений у беременных (А.Д. Макацария, 2015) и др.

Активно проводятся научные форумы, посвященные актуальным проблемам акушерства и гинекологии («Актуальные проблемы акушерства и перинатологии», 27-28 февраля 2015г., г.Томск, «Актуальные проблемы современного акушерства и перинатологии», 10 июня 2015 года, г.Москва). Ежегодный Всероссийский научный форум «Мать и дитя» собирает лучших представителей профессии, которые представляют свои последние достижения. Так, в рамках XVI Всероссийского научного форума «Мать и дитя 2015» (22–25 сентября 2015 года, г. Москва) были проведены прекурсы: «Дисфункция тазового дна у женщин: методы диагностики, лечения и

профилактики», «Наблюдение за состоянием плода в родах: КТГ, СТАН, лактат и клиническая интерпретация», II Всероссийский конгресс по визуальной диагностике в акушерстве, гинекологии и перинатологии, Всероссийская конференция акушеров и медицинских сестер неонатологического профиля, XVII Международная специализированная выставка "Охрана здоровья матери и ребенка – 2015.

Как видим, клинические вопросы оказания медицинской помощи женщинам при беременности, родах и в послеродовом периоде находятся в центре внимания врачебного сообщества. Но, к сожалению, практически отсутствуют работы, в которых рассматривается влияние социальных факторов на эффективность профессиональной деятельности врачей акушеров-гинекологов в системе родовспоможения. Можно назвать только одну работу, где эти вопросы как-то затрагиваются, хотя именно работа врача в родильном стационаре отражена достаточно конспективно. Это монография О.И.Линевой, О.А.Хашина и И.А.Шмелева «Профессия акушера-гинеколога: взгляд клинициста, психолога и юриста» (Самара, 2010). Казалось бы, основное внимание к данной проблеме должно быть уделено в научном поле социологии медицины, которое позволяет компарировать клинические и социальные подходы в исследовании. Действительно, в инициативных исследованиях по социологии медицины и на страницах профильных журналов «Биоэтика» и «Социология медицины» регулярно появляются работы, посвященные медико-социальным вопросам акушерства и гинекологии, но они посвящены, в основном, охране репродуктивного здоровья женщин. Упоминания о медико-социальных проблемах родовспоможения можно найти только в работах Кусмарцевой О.Ф.(2005), Гряниченко Н.А. Костенко О. В., Генераловой Г. Е. (2006), Деларю А. В., Морозовой Н. А., Немировской Ю. В. (2007) и Григорян В. А.(2012). Но роль врача акушера-гинеколога, его взаимоотношения с другими агентами родовспоможения специально пока никем не

рассматривались, что и послужило мотивом для проведения данного исследования.

Цель исследования – эксплицировать профессиональные особенности деятельности врача акушера-гинеколога в современной отечественной системе родовспоможения и разработать рекомендации по оптимизации этой деятельности в соответствии с задачами, сформулированными в «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года».

Научные задачи

1. На основе анализа научной литературы проанализировать формирование репродуктивного поведения у женщин фертильного возраста и эксплицировать формы институализации медицинской помощи беременным и роженицам на региональном уровне.
2. Составить медико-социальный портрет женщины, обратившейся к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности.
3. На материале социологического исследования провести дескриптивный анализ профессиональных диспозиций врачей акушеров-гинекологов в системе родовспоможения.
4. Определить отношение врачей акушеров-гинекологов к распределению ролей в процессе родовспоможения и разработать рекомендации по его оптимизации.
5. На материале кейс-стади выявить современные этико-правовые особенности акушерско-гинекологической и неонатологической помощи и предложить рекомендации по профилактике конфликтов в данной сфере.

Объект исследования – современная отечественная система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Предмет исследования – роль врача акушера-гинеколога и его взаимоотношения с другими агентами родовспоможения.

Гипотеза исследования. Современные врачи акушеры-гинекологи представляют собой достаточно сплоченную группу квалифицированных специалистов, обладающую большим творческим потенциалом и желанием этот потенциал реализовать в своей деятельности. А как именно он реализуется? Выяснить это можно на материале конкретно-социологического исследования путем компарации собственно профессиональных и социальных факторов, влияющих на деятельность врачей акушеров-гинекологов.

Прежде всего, для того, чтобы врач акушер-гинеколог мог правильно разработать стратегию и тактику ведения пациентки в период беременности и родов, он должен хорошо представлять себе, с каким контингентом женщин будет иметь дело. История болезни дает фактический материал для клинического анализа, но не дает представления о личности пациентки, о ее жизненной ситуации, отношении к беременности, психо-физиологических характеристиках, опыте контактов с медицинскими работниками и т.п. Поэтому целесообразно проводить медико-социологический мониторинг группы пациенток, обратившихся по поводу беременности. Это также может помочь в сокращении числа искусственных прерываний беременности.

Очевидно, что предпочтения акушеров-гинекологов во многом определяются не столько ситуацией беременности, сколько ситуацией родов, когда женщина и врач должны действовать как одно целое, а выполнение указаний врача помогает пациентке избежать случайных рисков. Именно поэтому врачи, в большинстве своем, полагают себя ответственными за успех родов, но только наравне с женщиной, которую считают самой главной фигурой на всех этапах – предродовом, родовом и послеродовом. Определить, как личность женщины, ее поведение влияют на работу врача акушера-гинеколога, можно на материале, полученном путем применения качественных методов социологии медицины.

Чаще всего конфликтные ситуации в период ведения беременности и родов возникают в связи с этико-деонтологическими проблемами, такими как

недостаточное информирование пациентки, вмешательство родственников в процесс оказания медицинской помощи, применение не адекватной ситуации модели врачевания, некорректное отношение медперсонала, отсутствие преемственности между врачами амбулаторного профиля и врачами родильного стационара и т.д. Поскольку женщины-пациентки находятся перед, во время и после родов в специфическом психофизиологическом состоянии, привычные требования морали к ним не всегда применимы, поэтому основная нравственная нагрузка по профилактике конфликтов ложится на медперсонал и, прежде всего, врачей. Следовательно, необходима специальная подготовка в области этики, деонтологические тренинги и активизация работы независимых этических комитетов медицинских учреждений акушерско-гинекологического профиля.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые в отечественной науке на материале медико-социологического исследования эксплицирована роль и особенности взаимоотношений врача акушера-гинеколога и других агентов системы родовспоможения, разработаны рекомендации по профилактике и способам разрешения конфликтов в данной области.

Диссертантом на основе анализа научной литературы проанализировано формирование репродуктивного поведения у женщин фертильного возраста и эксплицированы формы институализации медицинской помощи беременным и роженицам на региональном уровне.

В работе представлен медико-социальный портрет женщины, обратившейся к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности и выделены перспективы применения методов персонализированной медицины в системе родовспоможения.

На материале анализа профессиональных диспозиций врачей акушеров-гинекологов в системе родовспоможения разработаны рекомендации по оптимизации взаимоотношений в медицинском сообществе на разных этапах оказания медицинской помощи пациенткам.

Применение качественных методов социологии медицины позволило типологизировать этико-правовые конфликты в системе родовспоможения и предложить рекомендации по их профилактике и разрешению.

Положения, выносимые на защиту в соответствии с задачами исследования

1. Анализ литературных источников показывает, что для решения задач, сформулированных в «Концепции развития здравоохранения в РФ до 2020 г.», требуется изучение таких вопросов, как совершенствование системы родовспоможения и повышение эффективности профессиональной роли врача акушера-гинеколога в условиях трехуровневой модели оказания медицинской помощи.

2. Медико-социальный портрет женщины, обратившейся к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности можно представить следующим образом:

Это женщина в возрасте 24 – 30 лет (40,2%), ожидающая первого ребенка (51,4%), состоящая в зарегистрированном или гражданском браке (77,2%), либо имеющая постоянного партнера (23%). Она работает в государственном секторе (48,2%), постоянно проживает в одном из городов Ростовской области (82,4%), удовлетворена своим материальным положением (51,8%), хотя не может позволить себе дорогие покупки и услуги. Считает, что забота о здоровье заключается в отсутствии вредных привычек (66,6%), которых она не имеет (80,2%). В то же время, забота о здоровье не является ее жизненным приоритетом, что сказывается, в частности, в режиме питания: она не исключает из своего рациона вредные продукты (44,6%). Будучи относительно здоровой, могла иметь в анамнезе, гипертоническую болезнь (25,8%), остеохондроз (30,8%), гипотиреоз (12,4%), ожирение (12,2%). Чаще всего болеет ОРЗ и ангиной (20%), имеет жалобы на общее самочувствие – повышенную утомляемость, спад активности и т.п., что типично для беременных (86,8%). В случае проблем со здоровьем чаще всего обращается к участковому врачу-терапевту (44,6%), но обсуждает с ним только лечение заболевания, по поводу которого обратилась (95,8%). Визиты к терапевту происходят не каждый год (33,2%). Имеет в анамнезе гинекологические заболевания, чаще всего - патологию шейки матки (79,2%), проводилось также выскабливание матки (39,2%). Знает о необходимости самоконтроля состояния молочных желез, но проводят контроль нерегулярно (31,4%), никогда не проходили УЗИ молочных желез (33,4%), никогда не проходила маммографию (51,2%), считает, что патологии молочной железы у нее нет (58%). Ведет регулярную половую жизнь, примерно, раз в неделю (47,8%), всегда или часто получает удовольствие от нее (62,8%), считает такую ситуацию нормальной (32%). Во время первого полового контакта чаще всего принимала меры предохранения от беременности путем прерванного полового акта (66,6%). В последнее время меры контрацепции не использовала (60,4%), поскольку считала беременность желанной, хотя и не планировала ее специально (68,4%), прегравидарную подготовку не проводила (79,6%). Ранее уже

имела искусственное прерывание беременности (75%) в связи с тем, что она была незапланированной (38,8%).

3. Каких-то причин, свидетельствующих о непривлекательности, по сравнению с другими, профессии врача акушера-гинеколога, обнаружено не было, только 7% собираются расстаться с медициной, еще 13% останутся в медицине, но поменяют специальность. 67,4% врачей, в целом, удовлетворены квалификацией своих коллег и, практически, полностью удовлетворены квалификацией акушерок, с которыми работают. Что касается полностью или частично недовольных работой коллег (25%), то они представляли, в основном, старшую возрастную группу – 18% из группы 40 – 54-летних и 7% из старшей возрастной группы.

4. Врачи акушеры-гинекологи считают себя главными акторами процесса родовспоможения, хотя не исключают полезности участия других медицинских работников. Они придерживаются современных установок на процесс родовспоможения, уважают автономию женщины при принятии решений, но предпочитают более высокий уровень доверия врачу и комплаентности. Общая позиция врачей может быть охарактеризована как установка на применение в акушерско-гинекологической практике достижений персонализированной медицины. 69,7% респондентов считают такое применение необходимым, хотя признают свою недостаточную информированность в этом вопросе. Именно в контексте персонализированной медицины удастся гармонизировать преимущества роли врача и роли женщины-пациентки в процессе родов.

5. В основе любого конфликта при оказании акушерско-гинекологической помощи в системе родовспоможения всегда лежат этические нарушения, причем, это могут быть как нарушения этики медицинской, так и этики пациентской. Наиболее широко в профессиональном сообществе врачей акушеров-гинекологов распространена патерналистская модель врачевания в родовспоможении

(45,3%), на втором месте – коллегиальная модель (26%), на третьем месте – контрактная (18,7%). Сторонников техницистской модели нет.

Методологическая база исследования представлена классическими трудами по социологии медицины: концепция болезни и теория социальных ролей в медицине Т. Парсонса, концепция медицины как социального контроля У. Стронга, концепция потребления медицинских услуг П. Пескосолито, а также на основополагающие принципы отечественной социологии медицины, изложенные в трудах академика РАН А.В. Решетникова.

Оценка возможностей персонализированной медицины проведена в соответствии с моделью, предложенной академиком РАН В.И. Петровым.

Рассмотрение этико-правовых вопросов проводилось в соответствии с принципами отечественной биоэтики (Б.Г. Юдин, Н.Н. Седова).

Методология работы по медико-социальным вопросам акушерства и гинекологии основана на трудах В.Н. Прилепской, М.С.Селиховой, Л.В. Ткаченко, Е.В. Уваровой.

В работе использованы количественные методы конкретной социологии (контент-анализ, анкетирование) и качественные методы социологии медицины (кейс-стади, биографический метод). Для разработки опросников и при типологизации кейсов использован анализ нарративов.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Стратегия реализации «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» требует определенных изменений в деятельности тех, кто ее осуществляет, в том числе, врачей акушеров-гинекологов. Поэтому выводы диссертации об их роли в системе родовспоможения и, тем самым, в решении демографической проблемы, проблемы снижения материнской и младенческой смертности, могут служить теоретической основой для оптимизации системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам и женщинам в послеродовом периоде.

Решение важной социальной проблемы – оптимизации ролевых диспозиций в практике родовспоможения – позволяет расширить поле применения персонализированной медицины в акушерстве и гинекологии путем включения в нее интеракционистских компонентов.

Рекомендации работы могут быть использованы в работе медицинских учреждений акушерско-гинекологического профиля на 2-м уровне системы оказания медицинской помощи (модель «одна пациентка – один врач»), в работе по профилактике конфликтов в акушерско-гинекологической практике (разработка Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения акушерско-гинекологической помощи, активизация работы больничных комитетов по этике, этико-правовые тренинги для врачей акушеров-гинекологов).

Авторская Программа социологического исследования может быть использована для проведения медико-социального мониторинга валеологического статуса беременных.

Апробация работы. Материалы диссертации прошли апробацию на научных форумах разных уровней (Москва, 2015; Волгоград, 2010, 2011, 2013; Пятигорск, 2015, Екатеринбург, 2014).

Автором разработано и применяется в учебном процессе ФУВ ВолгГМУ методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов «Этические комитеты медицинских учреждений акушерско-гинекологического профиля», закреплено актом внедрения. Программа социологического исследования прошла экспертизу в Лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра, закреплена актом внедрения. На проведение исследования получено разрешение Регионального исследовательского этического комитета ВО. По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 4 – в журналах Перечня ВАК.

Структура диссертации. Диссертация состоит из Введения, трех глав, Заключения, содержащего выводы и практические рекомендации, списка литературы (167 источников) и трех Приложений. Объем исследования - 138 стр.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Первая глава диссертации **«ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ»** содержит два параграфа, первый из которых – **«Формирование репродуктивного поведения у женщин фертильного возраста»** - посвящена анализу концепций репродуктивного поведения женщин в отечественной и мировой науке. При этом анализ проведен по критерию социальной обусловленности различных этапов развития акушерско-гинекологических подходов в этом вопросе. Особо выделена роль социальных факторов в изменении моделей репродуктивного поведения женщин и их влияние на научную рефлексию происходящих изменений в медицине. Представлен обзор систем родовспоможения в разных странах мира. Проанализированы положения **«Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года»**, которые касаются совершенствования охраны материнства и детства. Сделан вывод о необходимости проведения специальных исследований с целью экспликации профессиональных диспозиций всех социальных субъектов, участвующих в реализации, поставленных в Концепции задач.

Задача второго параграфа первой главы – **«Формы институализации медицинской помощи беременным и роженицам на региональном уровне»** - определить те организационные параметры, в которых осуществляется профессиональная деятельность врачей акушеров-гинекологов в системе родовспоможения. В качестве объекта исследования выбран конкретный регион – Ростовская область и г. Ростов –на-Дону. Приведены данные о динамике демографической ситуации, показатели Государственной программы Ростовской области **«Развитие**

здравоохранения», которая предусматривает совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров. Показан характер отношений между акушерско-гинекологическими медицинскими учреждениями трех уровней. Представлен структурно-функциональный анализ конкретного государственного медицинского учреждения, оказывающего услуги по родовспоможению. Сделан вывод о строгом соответствии структуры и реализуемых функций учреждений, где проводилось исследование, требованиям региональной Программы модернизации здравоохранения, которая в данном регионе успешно выполнена.

Во второй главе диссертации – **«МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ»** - дана социально-экономическая и статистическая характеристика исследовательского поля, представлен дизайн исследования и описаны примененные методы. Диссертантом разработан опросник, позволяющий составить медико-социальный портрет пациентки, обратившейся к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности. Проанкетировано 527 женщин, обратившихся в смотровой кабинет, женскую консультацию и взрослую поликлинику МБУЗ г. Ростова-на-Дону «Городская больница №3». Анкетирование врачей проводилось методом случайной выборки. Генеральная совокупность составила 1181 человек. Но для формирования выборки были выбраны перинатальный центр, роддома и те медицинские учреждения, где имеются родильные отделения. N=300. Выборочная совокупность адекватно отражала демографические и профессиональные характеристики группы врачей акушеров-гинекологов Ростовской области и г. Ростова-на-Дону. Представлен Паспорт группы респондентов «Врачи акушеры-гинекологи». Составление анкеты основывалось на новом для социологии медицины – нарративном подходе.

Этико-деонтологические проблемы в родовспоможении изучались методом кейс-стади. Было проанализировано 264 случая, отобраны

типичные, сформировано четыре группы случаев, представляющих четыре типа конфликтов. Приведены примеры кейсов для каждого типа и дана интерпретация каждого из приведенных случаев.

Третья глава диссертации – **«СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ»** - содержит четыре параграфа.

Исходя из гипотезы исследования, прежде всего следовало охарактеризовать объект медицинской помощи в системе родовспоможения, то есть описать типичную пациентку, которая обратилась к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности и родов. Это сделано в **§3.1. «Медико-социальный портрет женщины, обратившейся к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности»**.

Исходной посылкой опроса было выяснение отношения к своему здоровью. Исследование показало, что респондентки, в большинстве своем (66,6%) считают, что забота о здоровье заключается в отсутствии вредных привычек, хотя больше половины из них (54,4%) также признают, что здоровый образ жизни предполагает занятия спортом. Лишь четверть опрошенных женщин включает в заботу о здоровье правильное питание. Что же касается вредных привычек, то 80,2% женщин ответили, что их не имеют. Но при этом пятая часть из них отказалась от употребления табака и/или алкоголя в связи с наступлением беременности или в период планирования беременности. Но в целом здоровье беременных нельзя назвать хорошим. Так, среди заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее распространена гипертоническая болезнь (25,8%), среди болезней органов дыхания присутствовали хронический тонзиллит (9,6%), хронический бронхит (8,6%), хронический синусит (5,8%), хронический гайморит (3,6%), а также бронхиальная астма (2,8%). Болезни нервной системы, практически, не встречались, хотя остеохондроз отмечен у 30,8% женщин, что не удивительно. Аллергическими заболеваниями страдали всего 6% опрошенных. Причем, 57,6% отрицали наличие аллергических реакций на лекарственные препараты и только 5,6% знали о них и смогли указать

аллерген. 12,4% респонденток страдали гипотиреозом, 12,2% - ожирением, 6,6% - узловой формой гиперплазии щитовидной железы, 2,6% имели в анамнезе подтвержденный сахарный диагностикой диабет 1 типа, а 1,6% - сахарный диабет 2 типа. Среди хронических заболеваний наиболее часто отмечались ОРЗ (35,8%) и ангины (20%). Естественно, эти пациентки нуждаются в дополнительных лечебных мероприятиях в период беременности и родов.

Особое внимание мы обратили на наличие/отсутствие онкологических заболеваний. Их перенесли 9,4% наших респонденток, 4,8% отметили наличие таковых в семье по материнской линии и 4,6% - по отцовской. 55% женщин отрицали наличие онкологических заболеваний у себя и своих родных. Жалобы на общее самочувствие присутствовали почти у всех пациенток (86,8%). К сожалению, гинекологические заболевания занимают значительную долю общей заболеваемости женщин, что не может не вызывать беспокойства врачей акушеров-гинекологов. Это подтверждается и количеством госпитализаций в стационар: 60,4% респонденток госпитализировались по поводу общих заболеваний, а 35,8% – по поводу гинекологических.

По результатам опроса и анализа историй болезни составлен медико-социальный портрет пациентки, обратившейся к врачу акушеру-гинекологу по поводу беременности и родов, который представлен во Введении.

§ 3.2. «Профессиональные диспозиции врачей акушеров-гинекологов в системе родовспоможения» содержит результаты опроса врачей акушеров-гинекологов, работающих в системе родовспоможения, и их интерпретацию.

Оказалось, что уйти из медицины собираются всего 7% респондентов. 13% респондентов останутся в медицине, но поменяют специальность. Интересно, что уйти из профессии предполагают представители каждой из возрастных групп, а не какой-то одной. И у всех – свои причины. Мы выясняли их в помощью простого интервью. Оказалось, что уход из

профессии представителей младшей группы объясняется разочарованием и напряженностью труда. Врачи в возрасте от 30 до 39 лет жаловались, преимущественно, на скудную зарплату. Те, кто собирался покинуть профессию в возрасте 40 – 54 лет – на усталость, а несколько представителей старшей возрастной группы собирались уйти на пенсию, поскольку давно достигли пенсионного возраста. В целом, оценка комфортности пребывания в профессии оказалась довольно высокой. Так, частичная удовлетворенность/неудовлетворенность своей квалификацией (79,6%) свидетельствует о желании совершенствоваться в профессии, что было подтверждено и ответами на другие вопросы.

Общим выводом мы считаем констатацию стабильности и наличие потенциала для развития в профессии акушеров-гинекологов. Вывод о хорошем профессиональном потенциале данной группы основан на данных опроса. Так, практически все респонденты отметили тот или иной вид повышения квалификации, который они используют. К сожалению, пока мало специалистов имеют возможность выезжать на стажировки, особенно в другие страны (18%), но они стремятся это делать. Достаточно высока научная активность врачей акушеров-гинекологов – 88% из них выступают регулярно на научных форумах в своих учреждениях, 44% - на региональных научных мероприятиях, 41,3% - на Всероссийских, а 18% участвовали с научными сообщениями на международных форумах. Врачи активно выражают свое желание пополнить знания и навыки по целому ряду проблем. На первом месте здесь способы реанимации в родовспоможении (72,3%). На втором месте стоят способы хирургической помощи в родовспоможении (67%). Третье место по уровню интереса занимают проблемы патологии беременности, родов и послеродового периода (63%). Интересно, что четвертое место по уровню интереса и потребности в информации занимают вопросы этико-правового обеспечения акушерско-гинекологической деятельности, а не клинические проблемы (52%). Врачей интересуют также фармакологические проблемы родовспоможения (44,7%),

проблемы физиологии беременности, родов и послеродового периода (38,7%), методы ВРТ (32,7%), проблемы клинической психологии в родовспоможении (31%).

Что касается вопросов взаимоотношения в системе «врач – пациентка», то больше всего сторонников у патерналистской модели врачевания в родовспоможении (45,3%). Очевидно, опыт респондентов, а среди сторонников патерналистской модели, в основном, стажированные врачи, показывает, что наиболее успешным бывает такое взаимодействие, когда женщина четко выполняет рекомендации врача. Достаточно большой процент сторонников набрала и коллегиальная модель. Это, в основном, молодые врачи, которые пока не могут сделать достоверного вывода из личного опыта о применимости той или иной модели, и ориентируются на новейшие тенденции, описанные в литературе. Разновозрастную группу составили респонденты, выбравшие в качестве приоритетной контрактную модель врачевания в акушерско-гинекологической практике (18,7%). Меньше всего в выборке оказалось сторонников техницистской модели – 0%, что не удивительно, если учесть уровень оснащенности медицинских учреждений. Только Перинатальные центры могут позволить себе применение техницистской модели. Но причина ее непопулярности у врачей акушеров-гинекологов состоит не в отсутствии или недостатке инновационных технологий, а в содержании деятельности. Техницистская модель не подразумевает эмоциональных компонентов в качестве своих составляющих, поэтому акушеры-гинекологи и не стремятся ее применять. Исключение составляют критические ситуации, когда жизнь и здоровье матери и плода зависит от эффективности применяемых методик и качества медицинской техники. Но и здесь личный контакт с роженицей врачи оценивают как необходимое условие успешности процедуры родовспоможения.

Исходя из данных, обобщенных в двух предыдущих параграфах работы, стало возможным рассмотреть конкретно проблему взаимоотношений агентов родовспоможения, что и сделано в §3.3.

«Отношение врачей акушеров-гинекологов к распределению ролей в процессе родовспоможения».

Исследование показало, что на трех этапах – подготовки к родам, родов и послеродовом – респонденты посчитали ответственными себя в 294-х случаях, женщину – в 343-х случаях, акушерку – в 263-х случаях. В целом успех родов во многом зависит от степени информированности женщины. Здесь врачи придерживаются двух стратегий: 1) «мягкий» патернализм в сочетании с коллегиальностью, 2) «жесткий» патернализм, когда формулируется одно требование к роженице – неукоснительно слушаться указаний врача. Примерно, одна треть (32%) врачей акушеров-гинекологов предпочитает полностью информировать роженицу о процессе родов и ее участии в нем. Немногим более половины респондентов (52,7%) считают необходимым достаточно полно информировать женщину, но не о родах как целостном процессе, а о тех моментах, которые считают принципиальными для нее. Ровно треть (33,3%) ведут себя в зависимости от ситуации. Интересно, что врачи акушеры-гинекологи, хотя и считают, что женщину главным действующим лицом в процессе родов, не склонны доверять ее способности принимать адекватные решения (52%). Большинство врачей выразили удовлетворение имеющейся формой ИС, но это большинство составляет чуть больше трети респондентов (37,3%), почти столько же (32,7%) не удовлетворены имеющимся документом потому, что в нем не прописаны обязанности пациентки. Установки на степень информированности пациентки можно типологизировать следующим образом:

1) стандартные рекомендации, не требующие от врача лишних усилий по их разъяснению или учета конкретной ситуации, минимальное информационное обеспечение – 3,6 баллов

2) сугубо индивидуальный подход к женщине, учет ее личной ситуации и стремление к тому, чтобы она понимала те рекомендации, которые дает врач – 1,2 балла

3) предоставление полной автономии пациентке, граничащее с равнодушием к ее жизненной ситуации – 1 балл.

Большинство респондентов стараются придерживаться стандартов и не проявлять личной инициативы в формулировке рекомендаций, причем, скрытый или явный патернализм присутствует в 1-м и 2-м вариантах, очевидная коллегиальность – в третьем.

Подавляющее большинство врачей предпочитают, как менее рискованные, роды с использованием лекарственного обезболивания (63,6%). Вообще же сторонников «акушерской агрессии» в родах оказалось немного - всего 23 человека из всех опрошенных считают, что она бывает необходима. При характеристике процесса ведения родов врачи акушеры-гинекологи высказали достаточно сходные позиции, поэтому мы приведем здесь лишь ключевые данные.

1. Акушеры гинекологи, в большинстве (53,7%) рассматривают роды как естественный физиологический процесс под медицинским контролем или как такой физиологический процесс, который требует медицинского вмешательства.

2. Большинство (79,6%) считают наиболее эффективной позицией роженицы в первом периоде родов позицию «лежа на спине», хотя 14% посчитали, что все зависит от конкретной ситуации и желания женщины.

3. Почти так же распределились мнения относительно наиболее эффективной позиции во втором периоде родов – 76,6% отдали предпочтение позиции «лежа на спине», а те же 14% оставили решение данного вопроса на усмотрение роженицы.

Большинство респондентов (66,6%) считают, что при тазовых родах врач должен сам принимать ребенка. Немногим больше трети респондентов (34%) с уважением относятся к работе акушерки, но считают, что она должна строго выполнять указания врача, а 30,3% всегда ведут роды самостоятельно, без участия акушерки. Если типологизировать отмеченные причины осложнений в процессе родовспоможения и травм новорожденных, то можно выделить пять групп: вина медицинского персонала роддома – 37,6%, недостаточное лекарственно-техническое оснащение клиники – 7,9%, особенности течения беременности и поведение женщины в родах 30,6%, недостатки в ведении беременности в женской консультации – 12,6% и комплекс разных индивидуальных причин – 14,3%.

В §3.4. «Современные этико-правовые особенности акушерско-гинекологической и неонатологической помощи (на материале кейс-

стади)» проведена типологизация этико-деонтологических причин конфликтов в системе родовспоможения на основе анализа конкретных клинических случаев.

1. **Отсутствие коллегиальности в действиях врачей акушеро-гинекологов.** В акушерско-гинекологической практике чаще всего нарушения коллегиальности происходят при «передаче» пациентки от одного врача другому. Сделан вывод, что трехуровневая система оказания медицинской помощи имеет серьезный недостаток в маршрутизации пациенток. Но этот недостаток мог бы быть компенсирован личной позицией врача в отношении пациентки. В настоящее время беременные, роженицы и кормящие матери в фокусе медицинского внимания представляют три относительно самостоятельные группы:

Статус женщины	Статус врача	Статус медучреждения	Коммуникация
Беременная	Врач ЖК	ЖК	Полная информация о протекании беременности для врача роддома
Роженица	Врач роддома	Роддом	Полная информация о родах для врача ЖК
Послеродовой период (2 мес.)	Врач ЖК	ЖК	Полная информация о послеродовом периоде для врачей-специалистов

Принципиальным здесь является взаимодействие между врачом ЖК и врачом роддома. Но именно оно зачастую отличается несогласованностью.

2. **Несоблюдение этических норм при информировании пациентки.**

Правила оформления информированного согласия (ИС) достаточно четко определены нормативными документами. В Приложении 2 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1177н г. Москва "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" представлена форма ИС. Но в законе и приказе невозможно

отразить этические параметры информирования пациента и особенности поведения врача, который предоставляет необходимую информацию. Поэтому результаты диалога во многом зависят от нравственной компетенции врача и его коммуникативных навыков. Конфликты возникают тогда, когда нарушается этика информирования пациента.

3. Вред, нанесенный неквалифицированными действиями. Вред, нанесенный неквалифицированными действиями, предполагает как этические, так и юридические санкции, в зависимости от его тяжести. Но любая юридическая оценка основана на закреплённой моральной норме, апробированной и принятой в форме закона, поэтому можно говорить об этической составляющей как инварианте оценки вреда, нанесённого неквалифицированными действиями.

4. Боязнь ответственности.

Очевидно, что присутствие на разных этапах в системе родовспоможения разных врачей может провоцировать желание переложить ответственность за неблагоприятный исход родов на других. Но даже тогда, когда подобный вывод доказан, моральная ответственность ложится на всех участников процесса медицинской помощи.

5. Диспозиции агентов родовспоможения в критических случаях.

Врач акушер-гинеколог взаимодействует с большим коллективом людей, осуществляющих помощь беременным, роженицам и тем, кто переживает послеродовые осложнения. В любом случае, принятие решения должно быть коллегиальным, причем, в данном случае речь идет не о коллегиальности врачей акушеров-гинекологов, варианты которой были описаны нами выше, а о взаимодействии врачей разных профилей, врачей и социальных работников, врачей, социальных работников и пациентки. Выработка моделей поведения в подобных ситуациях не может быть задачей медицинских исследований, поскольку сами такие модели охватывают более широкую область. Поэтому их разработка – задача социологии медицины.

В ЗАКЛЮЧЕНИИ подводятся итоги исследования, формулируются выводы и практические рекомендации.

ВЫВОДЫ **и их соответствие задачам, поставленным во Введении**

Задача №1.

1. В научной литературе уделяется большое внимание профессиональным проблемам в клинической практике врачей акушеров-гинекологов, но редко анализируются социальные детерминанты их деятельности. Задачи, поставленные в «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», отражают процесс институализации медицинской помощи женщинам и детям, но не регламентируют роль врача акушера-гинеколога в их решении, хотя общие рекомендации по усилению кадровой политики в здравоохранении Концепция содержит. Следовательно, необходимо проведение специальных исследований с целью экспликации профессиональных диспозиций всех социальных субъектов, участвующих в реализации, поставленных в Концепции задач. Соотношение и сочетание собственно медицинских и социальных факторов, определяющих их деятельность, может быть эксплицировано в исследовательском поле социологии медицины.

Задача №2.

2. Планирование беременности не ассоциировано у большинства женщин с регулярной заботой о здоровье – большинство удовлетворены тем, что не имеют вредных привычек (80,2%). Несмотря на общее удовлетворительное соматическое состояние, те, кто собирается рожать ребенка, имеют в анамнезе гинекологические заболевания (около 80%), что создает определенные проблемы для врача акушера-гинеколога в работе по подготовке женщины к родам. В диагностических мероприятиях с такими пациентками принимают активное участие не только акушеры-гинекологи (57,3%), но и врачи-терапевты (54,3%), и врачи – узкие специалисты (21,1%).

Но маршрутизация пациенток в данном случае может плохо сказаться на результате обследования, если требуется быстрое принятие решения.

Задача №3.

3. Достаточно высока научная активность врачей акушеров-гинекологов – 88% из них выступают регулярно на научных форумах в своих учреждениях, 44% - на региональных научных мероприятиях, 41,3% - на Всероссийских, а 32,3% выезжали с научными сообщениями на международные форумы за рубеж. Специальную литературу читают, практически, все врачи (94,7%). Работает с источниками в Интернете тоже значительная, но несколько меньшая часть (64,3%).

4. Врачи активно выражают свое желание пополнить знания и навыки по целому ряду проблем. На первом месте здесь проблемы ургентной помощи (72,3%). На втором – совершенствование оперативной техники при оказании хирургической помощи в акушерстве и гинекологии (67%). Третье место занимают проблемы патологии беременности, родов и послеродового периода (63%), четвертое место по уровню интереса и потребности в информации занимают вопросы этико-правового обеспечения акушерско-гинекологической деятельности (52%). Врачей интересуют также фармакологические проблемы родовспоможения (44,7%), проблемы физиологии беременности, родов и послеродового периода (38,7%), методы ВРТ (32,7%), проблемы клинической психологии в родовспоможении (31%). Пока весьма низок уровень информированности по проблемам персонализированной медицины (11,3%).

5. Врачи по-разному относятся к Стандартам оказания медицинской помощи и считают, что в акушерско-гинекологической практике периодически возникает необходимость отступления от них. Причинами для таких отступлений могут быть: клинико-физиологические (23,4%), психологические (3,8%), коммуникативные (10,9%).

Задача №4.

6. Акушеры гинекологи, в большинстве (53,7%) рассматривают роды как естественный физиологический процесс под медицинским контролем или как такой физиологический процесс, который требует медицинского вмешательства. Большинство врачей предпочитают, как менее рискованные, роды с использованием лекарственного обезболивания (63,6%), в качестве метода обезболивания большинство выбирает эпидуральную анестезию (56,6). При этом 88,4% респондентов посчитали, что лекарственная стимуляция в родах не является необходимой и проводится только по показаниям.

7. 34% опрошенных врачей с уважением относятся к работе акушерки, но считают, что она должна строго выполнять указания врача, а 30,3% всегда ведут роды самостоятельно, без участия акушерки. Возможно поэтому большинство врачей акушеров-гинекологов (67,3%) полагают, что акушеркам не нужно предоставлять большую самостоятельность в ведении родов, чем это предусмотрено современными стандартами. Хотя только 6% опрошенных посчитали одной из причин травм новорожденных низкую квалификацию акушерок. К другим причинам осложнений в процессе родовспоможения и травм новорожденных врачи относят: вину медицинского персонала роддома – 37,6%, недостаточное лекарственно-техническое оснащение клиники – 7,9%, особенности течения беременности и поведение женщины в родах - 30,6%, недостатки в ведении беременности в женской консультации – 12,6% и комплекс разных индивидуальных причин – 14,3%.

8. На трех этапах – подготовки к родам, родов и послеродовом – респонденты посчитали ответственными себя в 294-х случаях, женщину – в 343-х случаях, акушерку – в 263-х случаях. 32% врачей акушеров-гинекологов предпочитает полностью информировать роженицу о процессе родов и ее участии в нем, 52,7% считают необходимым достаточно полно информировать женщину, но не о родах как целостном процессе, а о тех моментах, которые считают принципиальными для нее. 33,3% ведут себя в зависимости от ситуации.

Врачи акушеры-гинекологи, хотя и считают, что женщина является главным действующим лицом в процессе родов, не склонны доверять ее способности принимать адекватные решения (52%). Среди врачей акушеров-гинекологов 7% сторонников партнерских родов, 30,6% противников и 59,6% устранившихся от решения проблемы (возложившие ответственность за выбор этого вида родов на пациентку).

Задача №5.

9. Изучение 254 случаев конфликтных ситуаций этической природы в системе акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам и женщинам в послеродовом периоде можно типологизировать по следующим группам: отсутствие коллегиальности в действиях врачей акушеров-гинекологов – 87 случаев (34,25%); несоблюдение этических норм при информировании пациентки – 68 случаев. (26,77%); нанесение вреда неквалифицированными действиями - 56 случаев(22,04%); плохое взаимодействие агентов родовспоможения в критических случаях – 5 случаев (1,96%). Остальные 38 случаев содержали признаки разных причин конфликтов, среди которых: некомплаентность пациентки, вмешательство родственников, некорректное оформление медицинской документации, конфессиональные установки пациенток и их родственников, коррупционные мотивы в деятельности врача (по мнению пациенток), недостаточная техническая оснащенность клиник, инфраструктурные проблемы и проблемы в маршрутизации пациенток и т.п. Выделение этической составляющей в этих случаях не позволило адекватно их типологизировать.

10. В акушерстве и гинекологии ни одна модель врачевания не может существовать «в чистом виде». Само получение информированного согласия содержит элементы контрактной модели, работа в условиях высокотехнологичного центра медицинской помощи неизбежно включает элементы модели техницистской, а сам процесс ведения пациентки врачом акушером-гинекологом содержит компоненты коллегиальности и патернализма. Поэтому врачи применяют на практике все указанные модели,

но по-разному оценивают их эффективность, что и было установлено в нашем опросе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Исследование обнаружило низкую степень комплементарности в работе врачей амбулаторного профиля и врачей родильных стационаров, что является одной из причин осложнений, особенно, в послеродовом периоде. Оптимальным для разрешения такой ситуации является вариант, когда беременность, роды и послеродовой период курирует один специалист – врач акушер-гинеколог. В условиях трехуровневой системы здравоохранения такой вариант возможен только на 2-м уровне и только для пациенток без патологии беременности. Целесообразно было бы провести пилотную апробацию данной модели оказания медицинской помощи беременным женщинам в отдельных регионах и сделать заключение о ее применимости.

2. Для профилактики врачебных ошибок в акушерско-гинекологической практике в сфере родовспоможения целесообразно организовывать бригады врачей разных специальностей для постановки диагноза и определения стратегии и тактики лечения, аналогично ранее существовавшим АТПК (акушерско-терапевтическо педиатрические комиссии). Это особенно актуально в настоящее время, когда именно экстрагенитальные заболевания являются основной причиной материнской смертности. Такой подход даст несомненный эффект в период беременности и подготовки к родам. К сожалению, пока он применяется только в медицинских учреждениях третьего уровня, но отсутствует в женских консультациях и поликлиниках.

3. Для повышения качества медицинской помощи женщинам в дородовом, родовом и послеродовом периоде можно рекомендовать ввести обязательные этические тренинги в системе повышения квалификации врачей, а также активизировать работу местных этических комитетов медицинских учреждений, члены которых должны проходить специальную подготовку. Положение об этическом комитете в учреждениях акушерско-гинекологического профиля целесообразно разработать региональным

органам управления здравоохранения. Авторский вариант такого Положения размещен в Приложении 3 к данной работе.

4. Большинство врачей выразили удовлетворение имеющейся в их учреждении формой ИС, но это большинство составляет чуть больше трети респондентов (37,3%), почти столько же (32,7%) не удовлетворены имеющимся документом потому, что в нем не прописаны обязанности пациентки. В настоящее время существует Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. Целесообразно просить МЗ РФ разработать аналогичный перечень для получения специализированной медицинской помощи, тогда появятся основания для применения рекомендуемой в Приказе МЗ РФ №390н формы информированного согласия пациентки родильного стационара.

По материалам диссертации опубликованы следующие **научные работы:**

1. Шестаков А.А. Социальные проблемы профилактики в акушерстве и гинекологии/ Ковалева М.Д., Бондаренко А.С., Шестаков А.А.//Социология медицины. – 2015. - №1. – С. 43 – 48.
2. Шипунов Д.А., Мальцева Н.Л., Г.А. Шестаков А.А. Дихотомия клинических и этических решений в медицине// Биоэтика. – 2015. - №1. – С.38 – 40.
3. Шестаков А.А. Роды и эко: опыт Израиля в развитии медицинского туризма/ Бондаренко А.С., Шестаков А.А.//Экономические и гуманитарные исследования регионов.- 2015. - №4. – С. 86 – 89.
4. Шестаков А.А. Социальный профиль отношения к абортam жительниц крупного промышленного города / Кураков Д.А., Бондаренко А.С., Шестаков А.А.// Социология города. – 2014. - №4. – с. 37 – 45.
5. Шестаков А.А. Профессиональные диспозиции врачей акушеров-гинекологов/А.А. Шестаков, В.А.Титовская// Социология медицины: векторы научного поиска. М. – 2015. – С. 116 – 119.
6. Шестаков А.А. Проблемы профилактики гинекологических заболеваний как предмет изучения в социологии медицины / А.С. Бондаренко, А.А Шестаков.//Актуальные вопросы современной медицины: мат-лы науч.конф. – г.Екатеринбург – 2015 г. С.51-59.
7. Морозов Р.Н., Шестаков А.А. Социальный портрет женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы // Евразийский научный журнал "Современные концепции научных исследований". М. - 2015. - №3. С. 96 - 97.
8. Шестаков А.А. Роды и эко в Израиле: уроки медицинского туризма для России/ Шестаков А.А., Бондаренко А.С.// Первая Межрегиональная научно-практическая конференция «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности». Пятигорск: Изд-во ПМФИ. – 2015. – С. 9 – 10.

9. Костенко О.В., Шестаков А.А. Медико-социологический анализ роли врача акушера-гинеколога в системе родовспоможения// Актуальные проблемы науки XXI века. V Международная мультидисциплинарная конференция. Москва, 15 декабря 2015 г.М.: ISO COGNITO. – 2015. – С. 73 -76.
10. Шестаков А.А. Этические комитеты медицинских учреждений акушерско-гинекологического профиля. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. – 2014. – 28 с.