

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

КУДИНОВА

Надежда Алексеевна

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ
САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

14.02.05 – социология медицины

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Элланский Ю.Г.



Ростов-на-Дону - 2014

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Обзор литературы.	12
Глава 2. Материалы и методы исследования.....	36
Глава 3. Собственные результаты и обсуждение	45
3.1. Показатели стоматологического здоровья как основа построения факторных иерархий.....	45
3.2. Основные характеристики аксиологического пространства стоматологических пациентов	72
3.3. Экономическая доступность стоматологической помощи ...	87
3.4. Медико-социальное моделирование самосохранительного поведения пациентов стоматологической практики с использованием потребностно-мотивационных матриц.....	107
Заключение.....	131
Выводы.....	136
Практические рекомендации.....	138
Литература.....	140
Приложение.....	158

Список принятых сокращений

АПУ –	амбулаторно-поликлиническое учреждение
в т.ч. –	в том числе
ВОЗ –	Всемирная организация здравоохранения
г. –	город, год
гг. –	Годы
ГКС –	Глюкокортикостероиды
др. –	другой (–ое, –ая, –ие)
КМП –	качество медицинской помощи
КПУ–	индекс стоматологического здоровья, равный сумме зубов пораженных кариесом, имеющих пломбу и удаленных.
КРК –	коэффициент ранговой корреляции
МЗ РФ –	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ПМСП –	первичная медико-социальная помощь
РО –	Ростовская область
РостГМУ –	Ростовский государственный медицинский университет
РФ –	Российская Федерация
СМИ –	средства массовой информации
см. –	Смотри
т.д. –	так далее
т.е. –	то есть
т.к. –	так как
т.о. –	таким образом
т.п. –	тому подобное
ФОМС –	фонд обязательного медицинского страхования
ЦНС–	центральная нервная система

Введение

Актуальность темы исследования. Важным индикатором социально-экономического благополучия страны является состояние здоровья населения, которое на сегодняшний день определяется не только деятельностью системы общественного здравоохранения, но также генетическим своеобразием популяции, особенностями окружающей среды и в немаловажной степени образом жизни человека. В категориальном поле социологии медицины (СМ), базирующемся на изучении социологических подходов к определению роли и места системы охраны здоровья в жизни общества, достаточно архаичное понятие «образ жизни» (ОЖ) наполняется новым смыслом, отражающим современные представления различных слоев общества о здоровье, болезни, влиянии социально-экономических и иных факторов на состояние здоровья, продолжительность и качество жизни. В указанном социокультурном контексте организация медицинской, в том числе стоматологической помощи мало эффективна и, в конечном счете, не достигает желаемого результата, если при этом игнорируются социально-психологические и культурологические условия жизнедеятельности граждан. При этом выделение такой самостоятельной формы поведения, как здоровый образ жизни (ЗОЖ), сегодня представляется научному сообществу как некоторая идеальная условность (И.А. Гундаров, 2014), практически недостижимая и дискриминирующая все остальные ОЖ. Тщательной ревизии требуют не только известные элементы ЗОЖ, но и многочисленные факторы риска. Особенно важно объективно оценивать степень влияния каждого из них на стоматологическое здоровье. До настоящего времени приходится констатировать отсутствие у большей части населения выраженной здоровьесберегающей мотивации и достаточных знаний, умений и навыков в самосохранительной сфере. Это неизбежно приводит к возрастанию заболеваемости.

Медицинскую стоматологическую помощь населению России по многим направлениям (профилактическая, терапевтическая, хирургическая) целесообразно относить к первичной. С сожалением приходится признать тот факт, что модернизация стоматологической помощи осталась за рамками Национального проекта «Здоровье» (Вишневыский А.Г., 2006). Тем не менее, на региональном и муниципальном уровнях необходима реализация программ совершенствования стоматологической помощи населению.

О кризисе профилактической стратегии в стоматологии мы можем судить, начиная с анализа детской стоматологической заболеваемости (Маслак Е.Е., 2011). Логическим следствием неконтролируемого процесса закономерно является 99-100% пораженность кариесом взрослого населения России. Не менее актуальны заболевания пародонта (до 81% взрослого населения России) и слизистой оболочки полости рта (стоматит – 3,67% среди возрастной группы 35-44 лет, 4,38% среди лиц 65 и старше лет) (Элланский Ю.Г., 2012) Это формирует высокую потребность населения в принципиально новых видах первичной медико-социальной стоматологической помощи, которая не всегда может быть удовлетворена в существующих муниципальных ЛПУ, поскольку специалисты, оказывающие ее, должны владеть не только медицинскими, но психологическими, социологическими и педагогическими навыками, поскольку основным объектом приложения их усилий следует определить духовную сферу (ДС) пациента, его сознание (информационную сущность).

До настоящего времени ДС не уделялось должного внимания. Также мало изучено ценностное пространство и мотивационная среда, формирующие сегодняшний уровень обращаемости населения за стоматологической помощью и опосредующие культуру самосохранительного поведения в стоматологическом секторе здравоохранения. Ситуация в сфере потребления стоматологических услуг наглядно демонстрирует низкий уровень культуры их потребления. Поэтому актуальной является задача проведения комплексного медико-

социологического исследования факторов здоровьесберегающего поведения пациентов стоматологического профиля и разработке на этой основе адекватной модели его формирования и реализации.

Цель исследования – на основе комплексного медико-социологического исследования стоматологического здоровья жителей крупного города и факторов, его определяющих, разработать современную модель самосохранительного поведения пациентов стоматологического профиля и рекомендации по ее внедрению.

Данная цель достигается решением следующих **научных задач**:

- провести комплексное медико-социологическое исследование стоматологического здоровья взрослого населения, проживающего на территории, где представлены все виды и уровни стоматологической помощи (крупный промышленный город);
- разработать методику изучения особенностей самосохранительного поведения модельных групп пациентов в медицинских организациях стоматологического профиля;
- типологизировать мотивационно-ценностные установки модельных групп пациентов, детерминирующих посещаемость стоматологических медицинских организаций в условиях фактически достижимого уровня доступности и качества стоматологической помощи;
- разработать модель самосохранительного поведения пациентов стоматологического профиля, детерминированного этими установками;
- предложить и обосновать рекомендации по применению данной модели в системе стоматологической помощи.

Объект исследования – пациенты стоматологического профиля.

Предмет исследования – формирование установок на самосохранительное поведение у пациентов стоматологического профиля.

Гипотеза исследования. Оказание медицинской помощи населению часто рассматривается как однонаправленный процесс. В результате, реформы здравоохранения часто наталкиваются на непонимание или

неинформированность населения. Отсутствие паттернов самосохранительного, здоровьесберегающего поведения у пациентов препятствует реализации прогрессивных медицинских проектов. Наиболее отчетливо это проявляется в сфере стоматологической помощи, где традиционные фобии препятствуют усвоению стереотипов самосохранительного поведения. Поэтому изучение мотивационного поля и ценностного пространства потребителей стоматологических услуг необходимо для разработки модели их самосохранительного поведения в данной сфере. Модель должна учитывать современные клинические методы и способы интериоризации пациентами установок на их применение. Внедрение такой модели в стоматологическую практику позволит структурировать работу по оказанию медицинской помощи в данной отрасли как социальное взаимодействие. Соответственно, разработка подобной модели может быть реализована в научном поле социологии медицины.

Научная новизна исследования состоит в разработке модели самосохранительного поведения пациентов стоматологической практики и обосновании рекомендаций по ее использованию с целью повышения качества медицинского обслуживания населения.

Диссертантом выполнен системный анализ факторной среды, влияющей на формирование стоматологического сектора самосохранительного поведения взрослого населения, проведена оценка современного состояния экономической доступности стоматологической помощи в условиях интенсивной стратификации российского общества. На этой основе определены основные характеристики потребительской оценки качества стоматологической помощи в медицинских организациях различной формы собственности.

В работе предложена и обоснована авторская методика мониторинга и последующего анализа уровня и структуры группового и индивидуального мотивационного поля, обеспечивающего посещаемость стоматологических медицинских организаций. Диссертантом установлены

особенности преобразования потребностей «пирамиды Маслоу» в мотивы самосохранительного поведения взрослого населения территории, в которой представлены все виды и уровни стоматологической помощи, и с учетом полученных результатов предложены изменения структуры и объемов стоматологической помощи, включенной в региональную Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Научная новизна раскрывается в положениях, выносимых на защиту:

1. Культурные стереотипы стоматологической самосохранительной активности населения требуют специального изучения, которое целесообразно проводить в индикаторной среде, отражающей качественные и количественные характеристики мотивационной сферы, ценностного пространства, интегрированности в устойчивые семейно-брачные отношения и профессиональную деятельность.

2. Анализ дифференциации мотивационно-ценностных установок пациентов стоматологической практики позволяет выделить три паттерна поддержания стоматологического здоровья, которые различаются своими качественными и количественными характеристиками: 1) слабомотивированный (физиологический); 2) среднемотивированный (переходный, имеющий равную представительность физиологических и эстетических мотивов); высокомотивированный (с преобладанием эстетических мотивов и мотивов самоактуализации).

3. В практике регионального здравоохранения целесообразно использовать разработанный в исследовании комплекс мероприятий по раннему выявлению групп риска, включающих контингенты населения, имеющего наибольшую потребность в стоматологической помощи на фоне минимальной мотивационной активности для реализации самосохранительного поведения в стоматологической сфере.

4. Комбинация коррелятивного и каузального анализа индикаторных групп, описывающих изученные типы мотивационно-ценностных установок, дает возможность определить основные факторы роста мотивационного поля, стимулирующего повышение медицинской активности пациентов. К ним относятся размеры ценностной матрицы, уровень образования, качество внутрисемейных коммуникаций и рост благосостояния респондентов. При этом характерно ослабление мотивов низшего порядка и рост мотивов высшего порядка (эстетических, престижных и самореализации), которые формируют устойчивый стереотип посещения врача-стоматолога.

5. Предложенная модель активации самосохранительного поведения позволяет пересмотреть концептуальные вопросы субъект-объектного взаимодействия пациента и врача в направлении повышения ответственности больного за свое здоровье и формирования у него соответствующей мотивации благодаря актуализированной профилактической работе врача-стоматолога.

Методология исследования. Категориальное поле социологии медицины явилось основополагающей предпосылкой для выполнения исследовательской работы соответствии с фундаментальными принципами научного поиска, сформулированными в работах академика А.В. Решетникова (2007, 2010, 2013), а также концептуальными положениями Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утвержденной распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года). Применены такие методики как интервью, контент-анализ, социологический опрос и клиническое наблюдение. Вся первичная документация, использованная для анализа и выводов, прошла предварительную экспертную оценку достоверности, а социологический инструментарий на соответствие современным этическим нормам.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в том, что автором разработана индикаторная система для социологического мониторинга факторов, способствующих развитию стоматологических

заболеваний, включающая определение наиболее информативных индикаторов в каждой семантической группе. В работе обоснованы концептуальные и прикладные направления развития комплексных мероприятий (программ) по формированию ЗОЖ среди взрослого населения в стоматологических учреждениях здравоохранения, относящихся к первичному звену.

Практические рекомендации работы, такие как формирование в структуре муниципальной стоматологической поликлиники отделений профилактики и перепрофилирование уже существующих кабинетов первичного осмотра (смотровых кабинетов) с учетом выявленных закономерностей социального взаимодействия врача и пациента, применение новых образовательных компетенций (социально-психологических и медико-социологических) при подготовке врачей-стоматологов-гигиенистов могут быть использованы в работе стоматологического кластера здравоохранения на муниципальном и региональном уровнях.

Рекомендации, разработанные диссертантом на основе выводов исследования, могут быть использованы в пересмотре образовательных программ до- и постдипломного обучения врачей-стоматологов всех профилей, в организации образовательно-профилактических программ для стоматологических пациентов всех возрастных групп, а также как методика оптимизации технологического процесса оказания стоматологической помощи.

Апробация исследования. Основные положения и выводы, представленные в работе, обсуждались на научно-практических конференциях разных уровней: (Иркутск, 2013, Ростов-на-Дону, 2013, дважды – Москва, 2013 и др.). По материалам диссертации опубликованы и закреплены актами внедрения Методические рекомендации для системы вузовского медицинского и последипломного профессионального образования врачей-стоматологов (Ростов-на-Дону, 2014). Кроме того, авторская модель самосохранительного поведения пациентов

стоматологического профиля нашла практическое применение в работе врачей-гигиенистов МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г.Ростова-на-Дону», приоритет диссертанта закреплён актом внедрения (Ростов-на-Дону, 2014).

Диссертация прошла экспертизу в Локальном независимом этическом комитете Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, 4 из них – в журналах Перечня ВАК.

Структура диссертации. Диссертация состоит из Введения, трех глав, заключения и списка литературы (161 источник, в том числе 46 иностранных). Объем работы 166 страниц.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Согласно Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года формирование здорового образа жизни населения и повышение качества и доступности медицинской помощи являются основными приоритетами. Гарантированное достижение этих целей системы охраны здоровья населения Российской Федерации предусматривает решение следующих задач:

1. Создание благоприятных внешних условий для ведения здорового образа жизни широкими слоями населения РФ.
2. Усиление мотивации граждан РФ на реализацию самосохранительного поведения.
3. Расширение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в том числе в части реализации самосохранительной активности¹.

Сегодня становится все более очевидным тот факт, что сохранение и укрепление здоровья населения России возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества². Создание предпосылок для перестройки аксиологической сферы тесно связано с продвижением широких слоев населения РФ в направлении повышения экономической, социальной и информационной обеспеченности, что, в свою очередь, невозможно без укрепления правовых, организационных, инфраструктурных элементов всех социальных институтов (СИ), и в особенности СИ государства^{3, 4, 5}.

Провозглашая приоритетным направлением развития системы

¹ Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (Дата обращения: 15.01.2014г.).

² Ильин В.В. Аксиология / В.В. Ильин. – М.: Изд-во МГУ. – 2005. – 216 с.

³ Бутова В.Г. Система организации стоматологической помощи населению России. / В.Г. Бутова, В.Л. Ковальский, Н.Г. Ананьева. – М.: Медицинская книга. 2005. – 165 с.

⁴ Леус П.А. Задачи по внедрению программ массовой профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология. 1990. - №3. - С. 4-6.

⁵ Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. – М. Медицинская книга. – 2008. – 444 с.

здравоохранения РФ доктрину формирования здорового образа жизни, наше государство берет на себя ответственность за разработку и внедрение системы государственных и общественных мероприятий, направленных на мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни. Активное участие населения в профилактических мероприятиях возможно лишь при широкой популяризации нового уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья^{6, 7}. Граждане Российской Федерации до сих пор достаточно нейтрально относятся к процессу формирования «моды на здоровье». Указанные тенденции особенно актуальны для подрастающего поколения, которое совершенно равнодушно к внедрению системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан^{8, 9}. Ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан в настоящее время считается чем-то второстепенным по сравнению с валом фактической заболеваемости, с которой некому бороться по причине хронического кадрового дефицита в здравоохранении. Также маловажным считается создание системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников. При этом игнорируется возможность подключения к здоровьесбережению такого мощного поведенческого мотива как прагматический, который посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования стимулировал бы работающих к ведению здорового образа жизни. Даже получение ипотечного или иных долгосрочных кредитов

⁶ Болгов С.В. Прогнозирование стоматологической заболеваемости по медико-биологическим и социально-гигиеническим факторам риска. / С.В.Болгов, К.А. Разинкин, О.Н. Чопоров. // Врач-аспирант. - 2011. - Т. 49. - № 6.2. - С. 294-301.

⁷ Элланский Ю.Г. Состояние и тенденции в изменении здоровья населения ЮФО. / Ю.Г.Элланский, В.Н.Чернышов, и др. // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Р/Д, 2004. – С.29-31.

⁸ Журавлева И.В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели / И.В. Журавлева // Социология медицины. – 2004. – №2. – С. 11-17.

⁹ Журавлева И.В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде / И.В. Журавлева // Социология медицины. – 2011. – №1. – С. 32-41.

могло бы стать стимулом к сохранению здоровья, если бы сопровождалось обязательным медицинским осмотром^{10, 11}.

Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России разработана в соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, учитывает накопленный в России опыт профилактической работы и построена на основе рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения по профилактике стоматологических заболеваний. Программа способствует формированию духовно-нравственных качеств личности и адаптирована к текущей экономической ситуации в стране¹².

Европейским региональным бюро ВОЗ разработан программный документ «Здоровье XXI – здоровье для всех в XXI столетии». В нем представлены основы политики достижения здоровья для всех в европейском регионе, в том числе и стоматологического здоровья населения. В рамках своей стратегии «Достижения здоровья для всех» Региональное бюро ВОЗ осуществляет деятельность по трем основным направлениям:

- формирование образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья;
- создание окружающей среды, способствующей здоровью человека;
- развитие служб профилактики, лечения и ухода^{13, 14, 15, 16, 17}.

¹⁰ Бугоркова И.А. Обследование детского населения донецкой области на заболевания пародонта для формирования региональной программы стратегического планирования работы стоматологической службы. / И.А. Бугоркова // Медико-социальные проблемы семьи. - 2013. - Т. 18. - № 3. - С. 86-89.

¹¹ Михальченко Д.В. Экспресс-оценка уровня мотивации к стоматологическим лечебно-профилактическим мероприятиям / Д.В. Михальченко, Е.М. Чаплиева, Л.Б. Осадшая, С.В. Клаучек. – Волгоград. : Изд-во ВолГМУ. – 2009. – 25 с.

¹² Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России. URL: http://www.e-stomatology.ru/star/work/2011/program_ (Дата обращения: 24.08.2013г.)

¹³ NHS Primary Care Dental Services: Implementation of local commissioning. London: Department of Health; 2005.

¹⁴ Vermaire J.H. Three-Year Randomized Controlled Trial in 6-Year-Old Children on Caries-Preventive Strategies in a General Dental Practice in the Netherlands./ J.H.Vermaire, J.H.G.Poorterman, L. van Herwijnen, C.A van Loveren // Caries Res. – 2014 - Vol. 48 - P. 524-533..

¹⁵ Элланский Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 1. / Ю.Г. Элланский, И.В. Дударев, И.А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 144 с.

При организации профилактики стоматологических заболеваний необходимо иметь представления об основных факторах риска, способствующих возникновению патологии.

Можно выделить следующие основные группы факторов риска стоматологических заболеваний. 1-я группа – медико-биологические факторы: к ним относятся антенатальные и постнатальные факторы риска.

2-я группа – факторы экзогенной природы: экологические факторы; злоупотребление или систематическое употребление некоторых лекарственных средств (антибиотики, ГКС) и т.д. 3-я группа – социальные, экономические и медицинские факторы:

- принадлежность лиц к определенным группам по возрасту, полу, месту проживания, профессиональной деятельности и др.;
- низкий уровень и качество жизни населения; низкий образовательный уровень, отсутствие мотивации на сохранение стоматологического здоровья;
- факторы саморазрушающего поведения (курение, алкоголь, наркомания);
- низкая доступность своевременной и качественной стоматологической помощи для большей части населения;
- отсутствие четкой государственной политики и национальных комплексных программ профилактики и лечения стоматологических заболеваний^{18, 19}.

По данным многолетних наблюдений МЗ РФ удельный вес общей стоматологической заболеваемости населения по обращаемости достигает 20-25%, что соответствует третьему месту и составляет в отдельные годы до 345-350 случаев в год на 1000 населения. Обращаемость за стоматологической помощью занимает 2 место после обращаемости к

¹⁶ Кузьмина Э.М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям ВОЗ. / Э.М.Кузьмина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – С.13-17.

¹⁷ Карпович Д.И. Стоматологическая заболеваемость спортсменов, современные представления./ Д.И.Карпович, А.В.Смоленский, А.В. Михайлова // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - Т. XIX. - № 2. - С. 55-57.

¹⁸ Вусатая Е.В. Медико-социальные аспекты стоматологической заболеваемости взрослого населения и пути ее профилактики в современных условиях.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Вусатая. – Рязань, 2007. – 25 с.

¹⁹ Кулаков А.А. Проблемы и состояние отечественной теоретической стоматологии на современном этапе. / А.А. Кулаков, А.С. Григорьян, А.И. Воложин // Стоматология. – 2006. -№5. – С.4-7.

врачам-терапевтам. 99% обратившихся за стоматологической помощью обслуживаются в АПУ. Пораженность стоматологическими заболеваниями населения России достигает 95-99%^{20, 21}.

В сложившихся условиях необходимо, прежде всего, учитывать мотивацию и уровень экономической доступности для населения стоматологической помощи, а не только состояние стоматологической заболеваемости, поскольку большинство нуждающихся в силу различных причин не обращаются регулярно и своевременно в стоматологические учреждения^{22, 23, 24}.

Рассматривая вопрос доступности в концептуальном плане необходимо отметить, что в рекомендациях по разработке критериев и оценке доступности для потребителей товаров и услуг выделяют два вида доступности. Под доступностью приобретения понимается гарантированное предоставление требуемого объема товаров и услуг для потребителей и возможность обслуживания новых потребителей. Доступность приобретения отражает физическую доступность товаров и услуг. Под доступностью оплаты понимается соответствие платежеспособного спроса потребителей стоимости товаров и услуг. Доступность оплаты отражает экономическую доступность товаров и услуг для потребителей.

Учитывая принятие Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011) где завершено юридическое оформление понятия «медицинская услуга», а стоматологическая услуга является разновидностью медицинских услуг, то

²⁰ Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т.Величковский // Здравоохранение РФ. – 2006. - №2. – С.8-17.

²¹ Хлынин С.В. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта на муниципальном уровне: Автореф. дисс. канд. мед. наук. / С.В. Хлынин. - СПб., 2011. - 23 с..

²² Лаврищева Г.А. Формирование здорового образа жизни в современных условиях. Социология медицины: наука и практика. Под ред. Решетникова А.В. // Сборник статей: - М. – 2012. – С 156-160..

²³ Дорохина А.И. Социально-гигиеническое исследование стоматологического статуса населения мегаполиса (на примере г.Москвы): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Дорохина. – М, 2008. - 27с.

²⁴ Борисенко Л.Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л.Г. Борисенко // Стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 13-15..

указанные понятия доступности можно применять и по отношению к медицинской услуге, как и к любой другой услуге. В большей степени нас интересует понятие экономической доступности.

В целях выявления системы критериев, используемых для определения доступности оплаты для потребителей товаров и услуг (критериев экономической доступности), рекомендуется провести анализ поведения населения, как основного потребителя товаров и услуг.

В случае несоответствия стоимости товаров и услуг платежеспособному спросу мы сталкиваемся с ситуацией снижения экономической доступности, а в случае со стоматологической услугой – к снижению обращаемости за стоматологической помощью и, как следствие, к повышению стоматологической заболеваемости^{25, 26, 27}.

Наиболее массовые виды стоматологической помощи оказываются в учреждениях, которые включены в систему первичной медико-санитарной помощи. Их организация должна отвечать двум основным требованиям: 1) обеспечение экономической доступности стоматологической помощи; 2) предоставление основных видов стоматологических услуг населению на бесплатной основе, что предполагает оказание помощи за счет средств бюджета или ОМС^{28, 29, 30, 31}. Однако дефицит бюджетного финансирования стоматологических учреждений, развитие альтернативного сектора производителей стоматологических услуг (медицинские учреждения с

²⁵ Методические рекомендации по разработке критериев и оценке доступности для потребителей товаров и услуг организаций коммунального комплекса. Москва, 2009 г. URL: <http://base1.gostedu.ru/57/57546/#i101869> (Дата обращения: 22.07.2013г.).

²⁶ Abrahamsson KH The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. / KH Abrahamsson, U Berggren, M Hakeberg, SG Carlsson // *European Journal of Oral Sciences* - 2003, - 111(2). - P. 99-105. .

²⁷ Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. / JL Bastos, LH Nomura, MA Peres.// *Cadernos de Saúde Pública* – 2005. - vol. 21. - P. 1416-1423.

²⁸ Элланский Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 2./ Ю.Г. Элланский, И.В. Дударев, И.А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 336 с.

²⁹ Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области в 2007-2008 годах // Статистический сборник №6. - Ростов-на-Дону. – 2009. – 26 с.

³⁰ Леонтьев В. К. Мнение стоматологов о стоматологической службе, стоматологической помощи и стоматологии России в целом (состояние, недостатки, пути развития) / В.К. Леонтьев, В.Н. Олесова // Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России URL: <http://e-stomatology.ru/publication/mnenie/>(Дата обращения 01.11.2013г.).

³¹ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю.П. Лисицын. – М. – 2002. – 535 с.

различными организационно-правовыми формами предпринимательской деятельности и формами собственности), либерализация цен на товары и их перманентное удорожание ведут к необходимости пересмотра основных позиций по функционированию стоматологической службы в современных экономических условиях^{32, 33}. Все большее количество представителей отечественной медицинской науки и практических врачей отмечают насущную необходимость в реформировании данной подотрасли отечественного здравоохранения^{34, 35, 36}.

Безусловно, модернизация стоматологической службы в настоящее время находит реальное воплощение. По мнению некоторых авторов³⁷ в последние годы произошли серьезные структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации. Развитие стоматологической службы в условиях рыночных отношений кардинально изменило подходы к ее организации. Прежде всего, они дали ощутимый импульс к более качественному оказанию стоматологической помощи населению за счет переоснащения стоматологических учреждений и организаций, а также внедрения новейших технологий и материалов^{38, 39}. Однако при переходе преимущественно на платные услуги возникли серьезные трудности с оказанием

³² Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Профессионал, - 2009. – 432 с.

³³ Прохончуков А.А. Задачи информатизации стоматологии в плане реформы здравоохранения. / А.А. Прохончуков, А.Г. Колесник, Ю.С. Алябьев // Сборник трудов. Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практических конференций - М., 2009. - С. 83-85.

³⁴ Хальфин Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р.А. Хальфин // Экономика здравоохранения. – 2007. – №11(120). – С. 45-50.

³⁵ Калашников В.Н. Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг / В.Н. Калашников. Автореф. дис. д.м.н. – Ростов-на-Дону. – 2008. – 44 с.

³⁶ Исследование личности с помощью 16-факторного опросника Кеттелла (форма С). URL: <http://azps.ru/tests/4/catelmet.html> (Дата обращения 01.11.2013г.).

³⁷ Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О. и др. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. / О.П.Щепин, Р.В.Коротких, В.О.Щепин и др. – М., 2009 г. – 357 с.

³⁸ Шаповалова О.А. Средства массовой информации как механизм формирования ценностного отношения населения к своему здоровью: теоретико-методологические основы анализа / О.А. Шаповалова // Социология медицины. – №2. – 2008. – С.15-19.

³⁹ Пастбин М.Ю. Современные системы оценки и регистрации кариеса зубов. Обзор литературы. / М.Ю.Пастбин, М.А.Горбатова, Е.И.Уткина, А.М.Гржибовский, Л.Н. Горбатова // Экология человека. - 2013. - № 9. - С. 49-55.

стоматологической помощи, прежде всего детям и малоимущим слоям населения^{40, 41}. Подобные проблемы коснулись практически всех республик постсоветского пространства. Между тем, в большинстве из них стоматологическая помощь по-прежнему в значительной степени осуществляется силами государственных стоматологических учреждений, в том числе частично – на платной основе^{42, 43}.

Частные медицинские стоматологические организации все более завоевывают себе авторитет среди населения за счет, как правило, более качественного оказания стоматологической помощи и при этом высокого уровня сервиса^{44, 45, 46}. В коммерческие медицинские фирмы чаще всего обращаются высокообеспеченные слои населения, в основном трудоспособного возраста. При этом выявляется преобладание больных, требующих трудоемких вмешательств⁴⁷.

Работы В.М. Гринина^{48, 49, 50} также подтверждают эту информацию. Он, в частности, отмечает, что в стоматологических внебюджетных учреждениях

⁴⁰ Элланский Ю.Г. Организация медико-социальной помощи населению. Часть II: практич. руководство для студентов и врачей / Ю.Г.Элланский, Р.А.Тлепцеришев, Е.М.Савина, В.Л.Фисенко, И.О Пакус – Ростов-на-Дону. 2005. – 268 с.

⁴¹ Алимский А.В. Роль и место организации и управления стоматологической службой страны в условиях рыночных отношений / А.В. Алимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2009. - №1(27). - С. 14-17

⁴² Олесов Е.Е. Клинико-экономическое обоснование профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий с опасными условиями труда. / Е.Е.Олесов, Н.И.Шаймиева, Р.У.Берсанов, Е.Ю.Хавкина, Н.О.Гришкова, А.Е. Олесов // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 6. - С. 39-41..

⁴³ Гуренкова О.В. Анализ динамики изменения экономической стратификации современного российского общества / О.В. Гуренкова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011. № 1(05). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2011/01/1.pdf> (Дата обращения: 20.05.2011)..

⁴⁴ Денисова И.А. Состояние стоматологической лечебно-профилактической помощи в учреждениях негосударственного сектора / И.А.Денисова, В.М.Гринин // Стоматология для всех. - 2004. - №2. - С. 38-40.

⁴⁵ Pūriene A Private or public dental care? Patients' perceptions and experience in Lithuania./ A Pūriene, J Petrauskienė, I Balciuniene, V Janulyte, J Kutkauskienė, M Musteikyte // Medicina. - 2008 - Vol. 44 - P. 805-811.

⁴⁶ Sakalauskiene Ž . Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at Faculty of Odontology, Kaunas University of Medicine. A Pilot study Stomatologija / Ž. Sakalauskiene, V. Mačiulskienė, A. Šertvytytė. // Baltic Dental and Maxillofacial Journal, - 2005. - № 7 – P. 84-96

⁴⁷ Carvalho J.C. Oral Health Determinants and Caries Outcome among Non-Privileged Children. / J.C.Carvalho, E.F.Silva, E.O.Vieira, A.Pollaris, A.Guillet, H.D. Mestrinho // Caries Res. – 2014 - vol. 48 – P. 515-523..

⁴⁸ Вялков А.И. Состояние системы управления качеством в здравоохранении. / А.И. Вялков, П.А.Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. - №12. – С. 3-8..

⁴⁹ Алимский А.В. Мотивация обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры / А.В. Алимский, Н.А. Лемберг, И.М. Рабинович // Клиническая стоматология. М., 2009. - №1. - С. 74-76.

⁵⁰ Гринин В.М. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению / В.М. Гринин, Н.Н. Предтеченский // Стоматология для всех. - 2004. - №1. - С.28-29.

наиболее распространенной остается терапевтическая помощь. Особенно привлекательными для пациентов является качество оборудования и материалов, а также меньшие, чем в бюджетных государственных лечебных учреждениях, сроки ожидания приема.

По данным Нецепляева Д.А. (2010) основными причинами обращения пациентов к услугам частных медицинских организаций, по результатам опроса, являются: квалификация персонала – 36,0%; экстренный случай – 11,5%; хорошее оборудование – 11,0%; приемлемые цены – 9,5%; точная и быстрая диагностика – 7,9%; известность клиники – 7,0%^{51, 52}.

В муниципальной поликлинике выделяется 12 минут на опрос и осмотр пациента, в то время как в частной врач может себе позволить 40 минут общения, тем самым приобретая доверие пациента и более детальную информацию о его стоматологических проблемах^{53, 54, 55}. Но в частной медицине тоже не все благополучно. Как ни парадоксально это звучит, но дефицит кадров является на сегодняшний день наиболее актуальной проблемной зоной. Далек не все врачи государственных поликлиник стремятся перейти в частный бизнес. Одна из причин – это эффект «теневого оплаты» со стороны пациентов. Таким образом, врачу государственной поликлиники зачастую просто невыгодно работать в частной клинике в условиях прозрачности финансовых потоков^{56, 57, 58}.

⁵¹ Нецепляев Д.А. Государственные и негосударственные лечебные организации: выбор горожан / Д.А.Нецепляев, В.А.Мажаренко // Социология города. – 2010. - №4. – С 29-34.

⁵² Михальченко Д.В. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике/ И.В. Фирсова, Д.В. Михальченко// Вестник ВолГМУ. – 2007. – N2. – С 36-40.

⁵³ Илюхина О.В. Коммуникативная активность женщин в группах с различным уровнем репродуктивного здоровья / О.В. Илюхина // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал) - 2012. - №1(09). URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/ilyukhina.pdf>

⁵⁴ Алимский А.В. Мотивация обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры / А.В. Алимский, Н.А. Лемберг, И.М. Рабинович // Клиническая стоматология. М., 2009. - №1. - С. 74-76.

⁵⁵ Мотив и мотивация. Теории мотивации. URL: <http://www.psyworld.ru/for-students/cards/general-psychology/985-2010-12-08-10-24-09.html> (Дата обращения 01.11.2013г.).

⁵⁶ Денисова И.А. Состояние стоматологической лечебно-профилактической помощи в учреждениях негосударственного сектора / И.А.Денисова, В.М.Гринин // Стоматология для всех. - 2004. - №2. - С. 38-40.

⁵⁷ Заборовская И.Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи / И.Г. Заборовская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – С.39-43.

⁵⁸ Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. / П.А. Леус. – М. Медицинская книга. – 2008. – 444 с.

Частные и государственные клиники пока не стали полноценными партнерами в деле охраны здоровья, но движутся именно в этом направлении. Однако конкуренция, существующая на рынке стоматологических медицинских услуг, заставляет постоянно совершенствовать организационные и клинические методы работы медицинских организаций, что намного легче осуществить при частной системе финансирования^{59, 60, 61}.

Система стоматологических учреждений в РФ исторически формировалась по единым принципам с ЛПУ, предназначенным для оказания медико-социальной помощи различным возрастным и половым социальным группам населения при других видах патологии. Вместе с тем, в структуре стоматологической службы уже в бывшем СССР имело место создание частнопрактикующих стоматологических учреждений (чаще всего – стоматологических кабинетов) оказывающих преимущественно терапевтические и протезно-ортопедические услуги. После 1992 года, с момента широкомасштабного внедрения в России основ рыночной экономики, в стоматологии в отличие от других секторов здравоохранения получили широкое развитие самостоятельные хозрасчетные ЛПУ различных форм собственности. Кроме того, платные услуги стали широко внедряться в практику работы государственных и муниципальных стоматологических учреждений. Следует отметить, что указанные преобразования положительно отразились на качестве оказываемых стоматологических услуг, ибо создали реально существующую конкурентную среду как для государственных (муниципальных), так и для частных учреждений. Именно в конце 20-го – начале 21-го столетия в отечественной стоматологии начали широко внедряться передовые лечебно-диагностические технологии, прогрессивные

⁵⁹ Кузьмина Э.М. Динамика стоматологической заболеваемости 12-летних детей Краснодарского края за 10 лет. / Э.М. Кузьмина, М.В. Турьянская // Dental Forum. - 2011. - Т. 37. - № 1. - С. 33-37.

⁶⁰ Креймер М.А. Экономико-математические аспекты мониторинга здоровья населения и среды обитания. / М.А. Креймер // Гигиена и санитария. – 2005. - №2. – С.72-74.

⁶¹ Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний. / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. – М.: - 2006. – 416 с.

стоматологические материалы, повысился уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов, что в целом положительно отразилось на качестве стоматологических услуг^{62, 63}. Тем не менее, с учетом имеющегося в России высокого уровня бедности значительная часть населения по-прежнему ориентируется на получение бесплатной стоматологической помощи в государственных или муниципальных ЛПУ. В указанном контексте уместно говорить о культуре потребления медицинской помощи дорыночного (советского) общества, которая значительно отличается от культуры потребления медицинских услуг в современном индустриальном социуме. Большая часть населения РФ к ней пока не адаптирована и применяет старые стереотипы поведения. Новыми культурными стереотипами пока отличается меньшая часть российского населения, которая характеризуется позитивным отношением к платным медицинским услугам и сформированными ожиданиями высокого качества МУ. А поскольку культура потребления этих услуг формируется в непосредственной связи с культурой их предоставления, лидерами в создании соответствующих культурных образцов выступают частные медицинские учреждения⁶⁴.

Некоторые авторы^{65, 66} считают, что в современных технологиях предоставления стоматологических МУ существуют риски, которые непосредственно влияют на культуру их потребления, и риски, которые вызваны низким уровнем этой культуры. Обе группы этих факторов могут привести как к избыточному потреблению медицинских услуг, так

⁶² Гринин В.М. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению / В.М. Гринин, Н.Н. Предтеченский // Стоматология для всех. - 2004. - №1. - С.28-29

⁶³ Ивенская Т.А. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т.А. Ивенская, Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов, С.В. Хлынин // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 18-22..

⁶⁴ Худоногов И.Ю. Самооценка репродуктивного здоровья в группах женщин с различной гендерной коммуникационной активностью/ И.Ю. Худоногов, О.В. Илюхина / Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 16. Сборник научных трудов. - СПб.: Изд-во «ВВМ», 2011. - С. 304-307.

⁶⁵ Михальченко Д.В. Отношение пациентов к платным стоматологическим услугам / Д.В. Михальченко // Социология медицины. – 2007. - № 2. – С 44-48..

⁶⁶ Михальченко Д.В. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике/ И.В. Фирсова, Д.В. Михальченко// Вестник ВолГМУ. – 2007. – N2. – С 36-40.

и к их недопотреблению. Риск избыточного потребления проявляется в виде зависимости относительно здорового человека от присутствия в его жизни медицинского контроля, а также в перерасходе средств на медицинские услуги. Характерный пример – услуги эстетической медицины. Под избыточным потреблением медицинских услуг понимается постоянная потребность в них, удовлетворяемая в основном за счет средств самого пациента. Но поставщики услуг, хотя и заинтересованы в увеличении их количества, никогда не предоставят услугу, наносящую вред здоровью^{67, 68}. Поэтому избыточное потребление медицинских услуг не так опасно, как их недопотребление.

Объективными факторами недопотребления медицинских услуг являются: а) бедность пациентов и б) отсутствие требуемых услуг в номенклатуре видов медицинской помощи. Субъективными факторами недопотребления медицинских услуг являются личностные реакции на болезнь. Необходимо также указать факторы низкой экономической доступности и низкой мотивации населения по сохранению стоматологического здоровья⁶⁹.

Одни и те же виды медицинской помощи, манифестируемые как услуги, иначе воспринимаются потребителями. Возникает конфликт цены и ценности здоровья, способы разрешения которого могут иметь клинические последствия (отказ от дорогостоящих методов обследования, применение дешевых аналогов патентованных лекарственных средств (ЛС) и т.п.). Но если медицина не будет интегрироваться в рыночные отношения, нарушится ее связь с другими социальными институтами общества и она перестанет соответствовать современным требованиям к охране здоровья.

⁶⁷ Al-Mudaf B.A. Patient satisfaction with three dental speciality services: a centre-based study./ B.A. Al-Mudaf, M.A. Moussa, M.A. Al-Terky, G.D. Al-Dakhil, A.E. El-Farargy, S.S. Al-Ouzairi // Med Princ Pract - 2003; - 12(1): - 39-43.

⁶⁸ Chalmers JM. Oral health promotion for our aging Australian population. / JM. Chalmers // Austr Dent J – 2003 - vol.48, - P. 2-9.

⁶⁹ Екимова Н. Рейтинговая оценка образовательного потенциала регионов России / Н. Екимова // Журнал об инвестиционных возможностях России «Капитал страны» [Электронный ресурс] URL: <http://www.kapital-rus.ru/articles/article/212988/> (Дата обращения 01.11.2013г.).

Следовательно, процесс интериоризации пациентами представления о системе здравоохранения как системе медицинских услуг является объективной необходимостью. Рассмотрение медицинской услуги как социального взаимодействия будет способствовать разрешению многих противоречий в данной сфере, поскольку социальное взаимодействие – это способ осуществления социальных связей и отношений в системе, предполагающей наличие не менее двух субъектов, самого процесса взаимодействия, а также условий и факторов его реализации. Социальное взаимодействие является исходным моментом формирования любых социальных связей. Социологическая концепция предоставления и потребления медицинских услуг как интерперсонального социального взаимодействия врача и пациента способствует оптимизации отношений в этом секторе общественной жизни. Ее применение в стоматологической практике будет способствовать гуманизации отношений в этой сфере медицинской деятельности^{70, 71, 72, 73, 74}.

Главным критерием дифференцированного отношения к услугам в медицине с позиции их понимания как социального взаимодействия является деление на «платные» и «бесплатные» услуги. На уровне обыденного сознания зафиксирована устойчивая связь между платными услугами и частными медицинскими организациями, между бесплатными медицинскими услугами и государственными медучреждениями, несмотря на то, что

⁷⁰ Данилова Н.Б. Научное обоснование оптимизации трудового процесса врачей-стоматологов терапевтического профиля: Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. / Н.Б. Данилова. – СПб., 2004. – 263 с.

⁷¹ Ивенская Т.А. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т.А. Ивенская, Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов, С.В. Хлынин // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 18-22..

⁷² Киселев А.С. Динамика здоровья населения в зависимости от доходов / А.С. Киселев // Экономика здравоохранения. – 2005. - №1. – С.22-29.

⁷³ Легков И.А. Коммуникативный подход к изучению софинансирования пациентами территориальных программ государственных гарантий. Муниципальное здравоохранение: современное состояние и пути модернизации. / И.А. Легков, И.Ю. Худоногов // Материалы II региональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения: 18 мая 2012 г. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. – 2011. – С. 183-189.

⁷⁴ Токарева Ю.М. Многофакторный анализ оценки качества медицинской помощи как метод социальной работы в здравоохранении / Ю.М. Токарева // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Социальная работа в регионе: состояние, проблемы перспективы», Республика Башкортостан. – 2009. – С. 122-125.

административно эта связь не подтверждена, а теоретически – не обоснована. Все пациенты частных стоматологических клиник относятся к группе потребителей платных медицинских услуг. Пациенты государственных клиник потребляют в основном бесплатные услуги, и только в случае необходимости – платные⁷⁵.

На основании данных, полученных рядом авторов^{76, 77, 78}, был сделан вывод о том, что развитие стоматологической службы России характеризуется сокращением государственного сектора и бурным развитием негосударственной стоматологии. Однако в частном секторе преобладают небольшие стоматологические клиники или кабинеты (в среднем на 2-3 кресла), в которых предлагается ограниченный спектр стоматологических услуг. Безусловно, качество стоматологической помощи определяется многими факторами, но возможность получения разнообразных стоматологических услуг сразу после обращения имеет большое значение в контроле над развитием заболеваний органов и тканей полости рта. На уровень культуры потребления медицинских услуг влияют следующие факторы: социальное расслоение, состояние системы медицинского обслуживания, качество и количество предоставляемых медицинских услуг, культура их предоставления, агенты социализации, гендерные, возрастные, региональные и урбанистские отличия^{79, 80}.

⁷⁵ Гуренкова О.В. Анализ динамики изменения экономической стратификации современного российского общества / О.В. Гуренкова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011. № 1(05). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-gu/issues/2011/01/1.pdf> (Дата обращения: 20.05.2011).

⁷⁶ Дьяченко В.Г. Введение в общую врачебную практику в стоматологии: Учебное пособие / В.Г. Дьяченко. М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», - 2009, – 312 с.

⁷⁷ Бутова В.Г., Зимица Э.В., Каплан М.З. Управление качеством стоматологической помощи. – М.: STBOOK, 2007. – 224 с.

⁷⁸ Андреевкова А.В. Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование». / А.В. Андреевкова, Л.А. Беляева // – М.: «Academia». 2009. – 384 с.

⁷⁹ Вейсгейл Л.Д. Влияние основных научных направлений в стоматологии на исследовательскую работу и качество медицинской помощи населению.: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Л.Д. Вейсгейл. – Волгоград, 2006. – 34 с.

⁸⁰ Заборовская И.Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи / И.Г. Заборовская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – С.39-43.

Опыт экономически развитых стран показывает, что, несмотря на высокие объемы финансирования стоматологической помощи и рост уровня внедрения современных технологий диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, проблема распространения и тяжести поражения зубочелюстной системы остается актуальной. При этом основным учреждением стоматологических служб этих стран являются относительно небольшие стоматологические кабинеты и клиники первичного уровня, а основной фигурой, реализующей технологии ранней диагностики, лечения и профилактики является семейный врач-стоматолог. Ими оказывается более 85% всех видов и объемов стоматологических услуг населению^{81, 82, 83, 84, 85, 86}. Наиболее типичными представителями экономически развитых стран на американском континенте являются США, а на европейском – Германия. Примечательно, что доля лиц в структуре работающего населения экономически развитых стран, обратившихся за стоматологической помощью в течение 90-х годов XX столетия, составляла 60%. При этом в 90-е годы 10% доходов врачей стоматологического профиля составляли средства, полученные от проведения косметических манипуляций на зубах, не пораженных кариесом. Кроме того выявлено, что к концу 90-х годов более 45% американцев в возрасте 65 лет и старше имели полную вторичную адентию хотя бы на одной челюсти⁸⁷. Поскольку в США в начале XXI века сохраняется тенденция постарения населения, то прогнозируется рост затрат рабочего времени врачей-стоматологов на оказание помощи старшим

⁸¹ Андрееenkova A.B. Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование». / A.B. Андрееenkova, Л.А. Беляева // – М.: «Academia». 2009. – 384 с.

⁸² Барер Г.М. Терапевтическая стоматология / Г.М.Барер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224.

⁸³ Громов И. А. Западная социология. / И. А. Громов, И. А. Мацкевич, В. А. Семёнов. – СПб.: ООО «Издательство ДНК», 2003. – 537 с.

⁸⁴ Croucher R, Sohanpal R: Improving access to dental care in East London's ethnic minority groups: community based, qualitative study / R Croucher, R Sohanpal //Community Dental Health – 2006. - №23(2) – P. 95-100.

⁸⁵ Mundt T. Socioeconomic indicators and prosthetic replacement of missing teeth in a working age population – results of the study of Health in Pomerania (SHIP) / T. Mundt, I. Polzer et all // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2009. – vol.37 - №2. – p.104-115.

⁸⁶ NHS Primary Care Dental Services: Implementation of local commissioning. London: Department of Health; 2005.

⁸⁷ Chalmers JM Minimal intervention dentistry: part 1. Strategies for addressing the new caries challenge in older patients. / JM Chalmers // JCDA – 2006. - vol.72. - P. 427-433.

возрастным группам населения. В частности, если в 1972 году требовалось 21, 6 млн. часов, то в 1990 году рост затрат рабочего времени увеличился до 33 млн. часов, а прогноз на 2030 год предполагает затраты уже на уровне 35 млн. рабочих часов. Отмечается, что если в 1972 году так называемая группа риска по числу зубов, нуждающихся в лечении, составляла 2,8 млрд. зубов, то в 2030 году их число составит уже 5,0 млрд.⁸⁸.

Некоторые авторы считают⁸⁹, что в течение последних 50 лет значительно улучшилось стоматологическое здоровье среднестатистического американца. В этой связи они считают, что большинство нынешних лиц среднего и молодого возраста сумеют сохранить свои зубы на протяжении всей жизни. В соответствии с другой точкой зрения перспективы улучшения стоматологической помощи и снижения числа заболеваний зубочелюстной системы в семьях с низкими доходами невелики⁹⁰. В частности, показатели числа запломбированных зубов среди «белых» американцев в два раза выше, чем среди «цветных» при равных показателях заболеваемости^{91, 92}. Одна треть детей в возрасте от 2 до 9 лет из семей с низкими доходами имеет нелеченные зубы, при этом, только каждый пятый из них имеет возможность посетить врача с профилактической целью с учетом страховки по программе «Medicaid». В 2010 году начата реализация государственной программы «Healthy People 2010» с целью включения низкодоходных групп населения в страхование стоматологического здоровья и расширения доступности стоматологических услуг^{93, 94, 95, 96, 97}.

⁸⁸ Ettinger RL Rational dental care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? / RL Ettinger //Journal of the Canadian Dental Association - 2006, - vol.72(5) - P. 441-445.

⁸⁹ Bernabé E Income, income inequality, dental caries and dental care levels: an ecological study in rich countries / E Bernabé, A Sheiham, W Sabbah. Caries Research – 2009, - vol.43, - 294-301.

⁹⁰ Fukuda H. Oral health status among low-income people admitted to Osaka Socio-Medical Center in Japan / H.Fukuda, K.Kuroda et all //Int. Dent. J. –2009. – vol.59 - №2. – p. 96-102.

⁹¹ Hangejorden O. Socio-economic inequality in the self-reported number of natural teeth among Norwegian adults – an analytical study. / O. Hangjorden, K.S. Klock et all // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2008. – vol.36 - №3. – P. 269-278..

⁹² Jimenez M. Racial ethnic variations in associations between socio economic factors and tooth loss / M. Jimenez, T. Dietrich, M.C. Shin // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2009. – vol. 37. - №3. – p. 267-275.

⁹³ Kiyak AHA Barriers to and enables of older adults' use of dental services./ AHA Kiyak, M Reichmuth // J Dent Educ – 2005 - vol.69 - P 975-986.

⁹⁴ Waldman H.B. Oral health status of New Yorkers. / H.B.Waldman // N.Y. State Dent. J. – 2008. – vol.74, - №1. – p. 54-55.

Стоматологическая помощь населению Германии отражает европейские достижения в сохранении и укреплении стоматологического здоровья населения. В то же время, несмотря на очень высокий уровень социальной защиты здоровья населения, включая стоматологическую помощь, в стране отсутствует государственная программа профилактики основных стоматологических заболеваний. В частности, проблема распространенности кариеса сохраняется для детей, относящихся к социально-демографическим группам с низким социальным статусом^{98, 99}. В настоящее время в ФРГ приостановлено функционирование системы централизованного фторирования воды, хотя Германия первой из европейских стран стала осуществлять данное мероприятие на государственном уровне. В частности в стране фторирование воды производилось с 1952 года. В других странах Западной Европы, имеющих государственные программы первичной профилактики кариеса, отмечалось сокращение показателя интенсивности кариеса у детей 12-15 лет на 30-50% в течение двух последних десятилетий. Поэтому не случайно в Германии отмечается увеличение показателя обеспеченности стоматологами с 60 (1985 г.) до 85-92 (2000 г.) на 100 000 населения, в то время как в других странах Западной и Восточной Европы, где государственные программы первичной профилактики эффективно функционировали в течение последних десятилетий XX века, была определена стратегия снижения этого показателя^{100, 101}.

⁹⁵ Cooper RP. Mechanisms for the generation and regulation of sequential behaviour./ RP. Cooper // *Philosophical Psychol* - 2003 - vol.16 – P. 389–416.

⁹⁶ De Jongh A. Clinical management of dental anxiety: what works for whom?/ A De Jongh, P Adair, M Meijerink-Anderson // *International Dental Journal*. – 2005 - vol.55(2) - P.73-80.

⁹⁷ Chalmers JM. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. / JM Chalmers, RL.Ettinger // *Dent Clin N Am*. – 2008 - vol.52 - P. 423-446.

⁹⁸ Gallagher JE. Special care dentistry: a professional challenge. / JE Gallagher, J.Fiske // *British Dental Journal* - 2007, - vol. (202) - P.619-209.

⁹⁹ Heft MW. Relationship of dental status, socio-demographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. / MW Heft, GH Gilbert, BJ Shelton, RP Duncan.// *Community Dent Oral Epidemiol*. - 2003 - vol.31(5) - P. 351-60.

¹⁰⁰ Sakalauskiene Z. Characteristics of dental attendance among Lithuanian middle-aged university employees./ Z Sakalauskiene, V Machiulskiene, MM Vehkakahti, R Kubilius, H.Murtomaa // *Medicina* – 2009 - Vol. 45 - P. 312-319.

Таким образом, можно сделать вывод, что экономическая доступность стоматологической помощи является актуальным вопросом не только в России, но и в других странах^{102, 103, 104}.

Еще одной особенностью стоматологии как системы оказания специализированной медицинской помощи является то, что организация этой помощи всегда была ответом на социальные потребности, более того, ни одно из направлений медицины не оказывает такого сильного воздействия на социальное самочувствие, как стоматология^{105, 106, 107}. Всякое стоматологическое вмешательство изменяет эстетический статус индивида – объективно или субъективно, поэтому учет эстетических потребностей пациента в стоматологии обязателен. Эстетический статус в свою очередь оказывает сильное влияние на социальное самочувствие индивида. Стоматологический статус пациента зависит не только от его общего физиологического состояния, но и от комплекса психологических установок, поведенческих стереотипов, образа жизни и уровня доходов^{108, 109}. Следовательно, стоматологический статус пациента может быть изменен не только путем профессионального медицинского, но и социального вмешательства. При этом врач-стоматолог выступает как агент

¹⁰¹ Дьяченко В.Г. Введение в общую врачебную практику в стоматологии: Учебное пособие / В.Г. Дьяченко. М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», - 2009, – 312 с.

¹⁰² Pashayev A. C. An Investigation into the Prevalence of Dental Caries and its Treatment Among the Adult Population With Low Socio-Economic Status in Baku, Azerbaijan / C. A. Pashayev, U F. Mammadov, S.T. Huseinova. // Oral health and dental management. - 2011. - Vol. 10 - No. 1 - P.7-12.

¹⁰³ Bernabé E Income, income inequality, dental caries and dental care levels: an ecological study in rich countries. / E Bernabé, A Sheiham, W Sabbah. Caries Research – 2009, - vol.43, - P. 294-301.

¹⁰⁴ Kvale G Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. / G Kvale, U Berggren, P Milgrom // Community Dentistry and Oral Epidemiology - 2004, - vol.32(4) – P. 250-264. .

¹⁰⁵ Lawrence H.P. Oral-health related quality of life in a birth cohort of 32-year olds / H.P. Lawrence, W.M. Thompson, J.M. Broadbent, R. Poulton // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2008. – vol.36 - №4. – P. 305-316.

¹⁰⁶ Mundt T. Risk-indicators for missing teeth in working age Pomeranians and evaluation of high-risk populations / T.Mundt, C.Schwahn et all //J.Public Health Dent. – 2007. – vol. 67 - №4. – p. 243-249.

¹⁰⁷ Lundgren J Relaxation versus cognitive therapies for dental fear – A psychophysiological approach / J Lundgren, SG Carlsson, U Berggren // Health Psychology - 2006 - vol.25(3) – P. 267-273.

¹⁰⁸ Moriyama C.M. Effectiveness of Fluorescence-Based Methods to Detect in situ Demineralization and Remineralization on Smooth Surfaces. / C.M.Moriyama, J.A.Rodrigues, A.Lussi, M.B.Diniz // Caries Res. – 2014. - vol.48 – P. 507-514.

¹⁰⁹ Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. / PJ Moynihan // Bulletin of the World Health Organization - 2005 - vol.83 – P. 694-699.

социализации^{110, 111, 112, 113}. Одним из видов социального вмешательства, по нашему мнению, является повышение уровня мотивации пациентов по сохранению стоматологического здоровья. Под термином «мотивация» (от лат. *movere* – побуждение к действию) принято понимать динамический процесс психофизиологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость; способность человека удовлетворять свои потребности посредством различных видов деятельности. Из вышесказанного следует, что стремление к повышению уровня благосостояния, к самоутверждению, к повышению своего формального и неформального статуса, к позитивной оценке своей личности являются существенными мотивационными факторами, которые побуждают человека интенсивно работать и развиваться^{114, 115, 116, 117}.

Современные подходы к классификации потребностей человека чрезвычайно многообразны. Одна из первых классификаций потребностей дана Хенри А. Мюрреем в 1938 году¹¹⁸.

Основная часть потребностей отнесена им к первичным (или висцерогенным) потребностям: потребности в воздухе, воде, пище, сексуальная потребность, потребность в физиологических отправлениях,

¹¹⁰ Щеловских М.В. Обоснование системы гигиенических мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у различных групп населения.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /М.В. Щеловских. – М., 2008. – 25 с.

¹¹¹ Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье. Сущность. Значение для качества жизни. Критерии оценки. / Ю.Л.Образцов // Стоматология. – 2006. - №4. – С. 41-42.

¹¹² Ефименко С.А. Социология пациента.: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / С.А. Ефименко. – М., 2007. – 48 с.

¹¹³ Вейсгейл Л.Д. Влияние основных научных направлений в стоматологии на исследовательскую работу и качество медицинской помощи населению.: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Л.Д. Вейсгейл. – Волгоград, 2006. – 34 с.

¹¹⁴ Орлов А.И. Теория принятия решений. Учебное пособие. / А.И. Орлов – М.: Издательство "Март", 2004. – 456 с.

¹¹⁵ Мотивы и мотивации. Энциклопедия Экономиста. URL: <http://www.grandars.ru/college/psihologiya/motivyi-motivaciya.html> (Дата обращения 01.11.2013г.).

¹¹⁶ Jones M. Oral health literacy among patients seeking dental care. / M Jones, JY Lee, RG Rozier.//JADA - 2007 – vol.138 - P. 1199-1208.

¹¹⁷ Verbakel NJ Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. / NJ Verbakel, DL Zwart, M Langelaan, TJ Verheij, C Wagner // BMC Health Serv Res – 2013 - Vol. 13 - P. 354-359.

¹¹⁸ Классификация мотивов. URL:http://www.psychology.vuzlib.org/book_o514_page_16.html (Дата обращения 01.11.2013г.).

потребность в ощущениях, потребность самозащиты от повреждений и отравлений (потребность в самосохранении), потребность в тепловом комфорте.

Вторичные или психогенные потребности в основном зависят от первичных потребностей и являются производными от них, означают общие системы реакций и желаний. Их нельзя считать фундаментальными, биологическими побуждениями, хотя некоторые из них могут быть врожденными^{119, 120}.

С практической точки зрения представляется интересной классификация потребностей, предложенная А. Маслоу¹²¹. Он разделил все разнообразие потребностей на 3 группы и представил иерархию потребностей личности в виде пирамиды (рис. 1.1.):



Рисунок 1.1. Распределение человеческих потребностей в порядке их иерархической значимости.

¹¹⁹ Schank RC, Abelson RP. Knowledge and memory: The real story. In R. S. W. Jr. (Ed.), *Advances in Social Cognition*. Vol. VIII. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

¹²⁰ Lundgren J, Carlsson SG, Berggren U: Relaxation versus cognitive therapies for dental fear – A psychophysiological approach. *Health Psychology* 2006, 25(3): 267-273.

¹²¹ Абрахам Маслоу. Мотивация и личность. Пер. с англ. Изд. 3-е. – СПб.: Питер, 2008. – 352 с.

1. Потребности существования (existence), к которым он отнес основополагающие физиологические потребности, а также потребность в безопасности.
2. Социальные потребности (respect), включая потребность общения, групповой принадлежности и уважения со стороны других.
3. Потребности личностного роста (growth), т.е. потребности в самореализации, в том числе участие в управлении.

Стремление к удовлетворению потребностей формирует личностные мотивы деятельности. Правда, современные психологи считают, что потребности являются исходными, но далеко не единственными мотивами человеческого поведения. Как справедливо заметил К.Н. Корнилов¹²² «весьма важную роль в мотивации играют чувства, интересы и склонности, а также мировоззрение, взгляды, убеждения и идеалы личности». Приведенный ряд понятий может быть достаточно органично уложен в потребность идеологической консервации личности.

Попытаемся выделить основные базовые биологические и социальные потребности человека:

1. Основные физиологические потребности.
2. Потребность в безопасности (защите). Речь идет не только о защите жизни и здоровья, но и о социальной безопасности в ее широком понимании (правовая защита, социальная, психологическая, военная, эпидемиолого-гигиеническая и др.).
3. Потребность в воспроизводстве (рождении детей). В человеческом обществе воспроизводство – это не столько размножение, как у других биологических особей, а сложная социальная структура, которая определяет демографическое поведение и репродуктивный потенциал как семьи, так и отдельных личностей.
4. Сексуальная потребность (мы сознательно выделили эту потребность из разряда физиологических, поскольку она рассматривается в большей мере как разновидность социокультурной потребности, как способ общения, отдыха или развлечения).

¹²² Мотив: «все что угодно». URL: http://www.psychology.vuzlib.org/book_o514_page_17.html (Дата обращения 01.11.2013г.)

5. Потребление различных товаров и услуг, обеспечивающих жизнедеятельность человека, его комфорт, здоровье, труд, отдых, учебу, спорт и т.д. Заметим, что к этой группе относится и удовлетворение потребности в различных медицинских услугах. Их классификация и экономические свойства будут представлены в отдельных разделах.

6. Научение и обучение. В популяциях различных биологических видов деятельность особей регулируется врожденными инстинктами и условными рефлексами, выработанными в процессе научения детеныша родителями или другими членами группы (прайда). Как доказано зоопсихологами, с точки зрения выживания особи научение играет не менее важную роль, чем инстинктивная деятельность. В процессе социализации ребенка, элементы которой имеют место уже в период его внутриутробного развития, научение его после рождения также играет решающую роль. В результате научения ребенок усваивает навыки самообслуживания, учится быть чистоплотным, аккуратным, осваивает навыки личной гигиены, суточного режима жизнедеятельности, вербального общения и т.д. Важное значение имеет также формирование у ребенка базовых морально-нравственных понятий, социальных установок, национальных (этнических) ценностей и др.¹²³. В последующем ребенок может получить различные виды образования – общее, профессиональное, культурное, спортивное, религиозное и др., что делает его социально самостоятельной и самодостаточной личностью.

7. Потребность в труде – это в определенной мере не безусловная социальная потребность. Просто в процессе воспитания и обучения у человека нужно сформировать понимание того, что единственным путем для получения материальных благ и самореализации личности является собственный труд и собственные усилия.

8. Потребность в управлении, поскольку без этого невозможна жизнь в социуме.

9. Потребность в развитии личности – профессиональном, физическом, интеллектуальном, духовном, культурном,

¹²³ Aunger R. Tooth brushing as routine Behavior / R. Aunger // International Dental Journal. -2007. -Vol. 57. - No.0 - P. 1-13.

творческом и др. 10. Потребность в здоровье рассматривается как социокультуральная потребность, отражающая стремление личности иметь необходимые биологические, функциональные и психо-эмоциональные резервы для обеспечения нормальной жизнедеятельности во всех ее проявлениях (на уровне личности, в микро- и макросоциуме) и, что не менее важно, для самореализации человека. Потребность в здоровье, т.е. осознанное понимание ценности здоровья, необходимости его сохранения, укрепления и развития, формирует определенный тип самосохранительного поведения и стремление к здоровому образу жизни^{124, 125}.

Связь между потребностью в здоровье и мотивацией здоровья (МЗ) и здорового образа жизни очевидна, однако их количественные соотношения исследованы до настоящего момента недостаточно, также практически отсутствует информация о влиянии на МЗ других перечисленных выше потребностей и мотивов. Тем не менее, невозможно отрицать тот факт, что МЗ занимает центральное место в формировании и сохранения здоровья каждого человека. Под МЗ и здорового образа жизни нами понимается не только внутреннее побуждение к соответствующему виду деятельности, но также осознание человеком необходимости сохранения здоровья как основы для проявления в различных сферах жизнедеятельности, как основы его гармонического развития и выполнение в связи с этим тех или иных мероприятий по сохранению и поддержанию здоровья, соблюдения для этих же целей принципов здорового образа жизни. При отсутствии МЗ у человека резко снижается эффективность любых программ и мероприятий по сохранению здоровья, генерируемых социумом.

В открытой печати мы не нашли сведений, определяющих истоки мотивов сохранения стоматологического здоровья населением, описывающих методы повышения уровня МЗ населения, исследующих

¹²⁴ Abrahamsson KH The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. / KH Abrahamsson, U Berggren, M Hakeberg, SG Carlsson // European Journal of Oral Sciences - 2003, - 111(2). - P. 99-105.

¹²⁵ Элланский Ю.Г., Пакус И.А., Ходарев С.В. Экономика для медицинских работников. / Ю.Г.Элланский, И.А.Пакус, С.В.Ходарев – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2009. – 270 с.

доступность стоматологической помощи в контексте ее мотивированности. Это побудило нас провести изучение факторного ландшафта стоматологической заболеваемости взрослого населения г. Ростова-на-Дону, оценить влияние мотивационных факторов на уровень стоматологического здоровья, исследовать доступность стоматологической помощи для основных слоев населения на фоне различных социально-психологических, медико-экономических и иных факторов. Не менее важным в современных условиях нам представляется научное обоснование методологии мотивационного моделирования поведения взрослого населения по сохранению стоматологического здоровья.

Глава 2. Материалы и методы исследования

В соответствии с задачами работы исследование факторного ландшафта высокой распространенности заболеваний зубов и полости рта проводилось среди взрослых жителей г.Ростова-на-Дону.

Город Ростов-на-Дону является одним из крупнейших территориально-административных образований не только Южного Федерального округа (ЮФО), но и Российской Федерации (РФ). Город располагается в центре разветвленной транспортной сети, связывающей между собой различные регионы России, а также РФ и многие иностранные государств. Наряду с развитой сетью производства различных товаров и услуг сегодняшний г.Ростов-на-Дону характеризуется мощным информационным потенциалом, соответствующим культурным традициям Донского края в частности и Южной России в целом. Развитие экономической сферы города гармонично сочетается с постоянно совершенствующейся социальной, учебной и научной инфраструктурой. Город Ростов-на-Дону является одним из 13 существующих в РФ мегаполисов. В прямом и переносном смысле г.Ростов-на-Дону – это локомотив для экономики всей Ростовской области (РО), так как в настоящее время основополагающее значение в народном хозяйстве РО принадлежит промышленности. Не случайно по уровню развития и разнообразию отраслей промышленности область является одной из ведущих в РФ. На территории РО расположены 7,745 тыс. промышленных предприятий (включая малые и совместные), численность промышленного производственного персонала которых достигает 330 тыс. человек, в том числе рабочих – 256,8 тыс. человек. Это позволяет РО обеспечивать более четверти промышленных объемов ЮФО. По темпам и объему производства товаров и услуг РО занимает первое место в ЮФО.

Комплексная оценка социально-экономической ситуации, складывающейся в РО и г.Ростове-на-Дону, свидетельствует о позитивных изменениях в этой сфере. Рост производства наблюдается практически во

всех ведущих отраслях экономики. Заметно увеличены темпы производства в промышленности. Стабильно работает строительный комплекс. Возросли объемы товарооборота, общественного питания, платных услуг населению, производства потребительских товаров и внешнеторговых операций. Улучшилось финансовое положение предприятий, возросла получаемая ими прибыль^{126, 127}. В общем объеме потребляемых товаров и услуг возрастает доля продукции медицинских организаций, в том числе и стоматологического профиля.

В соответствии с целью и задачами работы объектом исследования являлись взрослые жители г.Ростова-на-Дону.

При помощи анкетного метода среди различных возрастно-половых и социально-профессиональных групп респондентов собиралась анамнестическая информация, касающаяся семейного статуса, условий труда и отдыха, характера питания и пищевых пристрастий, самосохранительной активности. Участники опроса отвечали на вопросы, позволяющие получить представление о коммуникативной среде, системе ценностей и мотивационном поле современных россиян^{128, 129}.

В исследовании была применена комплексная методика с использованием историко-аналитического, статистического и социологического методов. В связи тем, что работа носит междисциплинарный характер, для целостного изучения объекта исследования проводился сбор необходимых клинических стоматологических данных. Те же единицы наблюдения предоставили необходимую информацию в категориальном поле социологии медицины

¹²⁶ Философский энциклопедический словарь. / Советская энциклопедия. - М. 1983. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/4819/ (Дата обращения 01.11.2013г).

¹²⁷ Алексенко В.Н. География Ростовской области: учебник. / В.Н.Алексенко, М.И. Мартынова // – Ростов-на-Дону: ООО «Терра», 2005. – 120 с.

¹²⁸ Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1(18). – С. 3-14.

¹²⁹ Быковская Т.Ю. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области. / Т.Ю. Быковская. - Ростов-на-Дону: Министерство здравоохранения Ростовской области, 2009. – 26 с.

(СМ). Методология СМ позволила применить интегративный подход к изучению клинических, психологических и социальных факторов стоматологического здоровья^{130, 131, 132}.

В соответствии с поставленными задачами была разработана следующая схема исследования, определены источники информации и объем наблюдений (схема 2.1.).

Схема 2.1.

Цель исследования	На основе комплексного медико-социологического исследования стоматологического здоровья жителей крупного мегаполиса и факторов, его определяющих, разработать современную модель самосохранительного поведения пациентов стоматологического профиля.
Задачи исследования	<ul style="list-style-type: none"> - провести комплексное медико-социальное изучение стоматологического здоровья взрослого населения, проживающего на территории, где представлены все виды и уровни стоматологической помощи; - разработать методику изучения особенностей самосохранительного поведения модельных групп пациентов в медицинских организациях стоматологического профиля; - типологизировать мотивационно-ценностные установки модельных групп пациентов, детерминирующих посещаемость стоматологических медицинских организаций в условиях фактически достижимого уровня доступности и качества стоматологической помощи; - разработать модель самосохранительного поведения

¹³⁰ Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. / В.В. Деларю. – Волгоград: ВГУМУ. 2005. – 97 с.

¹³¹ Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную специальность): Руководство. / А.В. Решетников – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

¹³² Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования (часть III) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2013. – № 2. – С. 3-10.

	пациентов стоматологического профиля, детерминированного этими установками; - предложить и обосновать рекомендации по применению данной модели в системе стоматологической помощи.
Объект исследования	Пациенты стоматологического профиля
Предмет исследования	Процесс формирования установок на самосохранительное поведение у пациентов стоматологического профиля.
Методы исследования	Клинический, историко-аналитический, статистический, социологический, социально-психологический, структурно-функционального анализа.
Источники информации	Справочно-информационные материалы, включающие 152 отечественных и 102 иностранных источников. Анкеты для изучения мотивационного поля самосохранительного поведения взрослого населения с разделом, заполняемым врачом-терапевтом-стоматологом.
Объем наблюдения и временные периоды	549 «Анкет для изучения стоматологического здоровья и мотивов самосохранительного поведения взрослого населения с разделом уточненного стоматологического статуса» (2012-2013гг.).

Единицами наблюдения являлись взрослые жители г.Ростова-на-Дону, обратившиеся в муниципальные или частные стоматологические медицинские организации (МО).

Проведение социологического исследования потребовало формирования репрезентативной выборки взрослого населения, проживающего в г.Ростов-на-Дону. В опросе и осмотре приняло участие 549 человек, объективно представляющих возрастную-половую (табл. 2.1.) и социальную структуру взрослого населения типичного мегаполиса (табл. 2.2.). Электронная база

данных формировалась с использованием стандартного статистического пакета программ Microsoft Office 2010.

В рамках разработанной системы индикаторов изучались социально-экономические, социально-психологические и медико-социальные аспекты процесса самосохранения стоматологического здоровья взрослого населения г.Ростова-на-Дону.

Таблица 2.1.

Возрастно-половая структура выборки
(абсолютное число респондентов)

Возраст (полных лет)	Мужчины	Женщины	Оба пола
18-19	5	20	25
20-29	46	88	134
30-39	46	74	120
40-49	34	52	86
50-59	35	33	68
60 и более	41	75	116
Всего	207	342	549

Таблица 2.2.

Социальная структура выборки

Социальная группа	Доля группы в %
Рабочие	26,0
Занимаются индивидуальной трудовой деятельностью	8,9
Служащие	30,1
Учащиеся школы, ПТУ, колледжа	1,1
Студенты вуза	8,2
Домохозяйки	4,3
Пенсионеры по возрасту	14,7
Пенсионеры по инвалидности	5,1
Безработные	1,6
Всего	100,0

Медицинские разделы анкеты, содержащие основные характеристики стоматологического здоровья и соответствующие методическим подходам специалистов ВОЗ, заполнялись врачами-стоматологами-терапевтами во

время планового приема, а также при проведении профилактических осмотров взрослого населения в организованных коллективах. Данные, характеризующие груз накопленных соматических заболеваний, были получены в результате социологического опроса (самооценки здоровья) с использованием структурированного индикатора (см. Приложение), учитывающего основные рубрики МКБ-10. При этом накопленная общесоматическая и стоматологическая заболеваемости рассматривалась нами как результат реализации определенных самосохранительных установок.

«Установка» как психологическое явление было открыто L. Lange (1888), исследовано и экспериментально подтверждено Д.Н. Узнадзе (1929-1930)¹³³. Оно обозначает состояние предрасположенности субъекта к целенаправленной деятельности в определенной ситуации. Несмотря на то, что готовность к действиям и мотивы действия – это четко разграниченные понятия, в рамках нашего исследования целесообразно говорить о едином установочно-мотивационном комплексе (УМК).

Реализация УМК взрослого человека по сохранению своего стоматологического здоровья может быть отрицательной. В этом случае его поведение осознанно или по незнанию направлено на причинение вреда собственному здоровью^{134, 135}. Самосохранительные установки (СУ) и самосохранительное поведение (СП) могут быть нейтральными, а могут приобретать позитивную направленность. В любом случае они имеют некоторую мотивационную основу.

Для конкретизации величины и направления вектора УМК нами использовались индикаторы, характеризующие наличие и степень

¹³³ Бачков И.В. Введение в профессию «психолог»: Учеб. пособие / В. И. Бачков, И.Б. Гриншпун, Н.С. Пряжников; Под ред. И.Б. Гриншпуна. - Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. – 464 с.

¹³⁴ Kvale G Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. / G Kvale, U Berggren, P Milgrom //Community Dentistry and Oral Epidemiology - 2004, - vol.32(4) - P 250-264.

¹³⁵ Lea J. Crime as governance: reorienting criminology. 2005 URL: <http://www.bunker8.pwp.blueyonder.co.uk/misc/crimgov.htm> (Дата обращения 01.11.2013г.).

выраженности вредных привычек, пищевые пристрастия, занятия спортом и физической культурой.

Для изучения стоматологического здоровья, СУ и СП была разработана специальная анонимная анкета (Приложение), которая состояла из следующих блоков:

1. Паспортная часть: вопросы, касающиеся возраста, семейного положения, образования, социальной группы.
2. Коммуникационная среда: микро-, мезо-, макроуровни.
3. Психологические характеристики и структура личности.
4. Профессиональная социализация и экономические факторы СП.
5. УМК, характеризующий самосохранительную активность в стоматологической сфере.
6. Уровень стоматологического здоровья.

Объем выборки был рассчитан с применением формулы бесповторного отбора, поскольку известен объем генеральной совокупности:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot \Delta^2 + t^2 \cdot p \cdot q}, \text{ где}$$

n – необходимое число наблюдений;

N – объем генеральной совокупности – общая численность взрослого населения г.Ростова-на-Дону в 2012 году (826 250 человек)¹³⁶;

t – доверительный критерий (при доверительной вероятности $P=95, 5\%$; $t=2$);

p – интенсивный показатель – уровень патологической пораженности кариесом взрослого населения г.Ростова-на-Дону (987 случаев на 1000 осмотренных)¹³⁷;

q – альтернатива показателю (13%);

¹³⁶ Официальный портал городской Думы и Администрации города. URL: <http://www.rostov-gorod.ru/?ID=23724> (Дата обращения 01.11.2013г.).

¹³⁷ Щеловских М.В. Обоснование системы гигиенических мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у различных групп населения.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /М.В. Щеловских. – М., 2008. – 25 с.

Δ – предельная ошибка по данным пилотажного исследования (10%).

Расчетная величина необходимой выборки составила:

$$n = \frac{826\,250 \cdot 2^2 \cdot 987 \cdot 13}{826\,250 \cdot 10^2 + 2^2 \cdot 987 \cdot 13} = 512,92 \approx 513 \text{ единиц наблюдений.}$$

За период с 2012 по 2013 гг. было обследовано 549 человек.

Степень точности полученных данных зависит как от объема выборочной совокупности, так и от качества отобранных единиц наблюдения¹³⁸. Исходя из указанного положения, мы формировали исследуемые группы с соблюдением основных требований репрезентативности статистической совокупности. Представительность выборочной совокупности обеспечивалась наличием всех возрастных и основных социально-профессиональных групп взрослого населения г.Ростова-на-Дону.

Большинство исследуемых признаков являлись атрибутивными и имели альтернативный характер^{139, 140}, поэтому расчет необходимого объема выборки производился с учетом особенностей статистической обработки относительных величин. При суммировании интенсивных показателей субиндикаторов, объединенных в семантические группы, ошибка представительности *m* для всей группы определялась в соответствии с современными подходами. Полученные таким образом величины подвергались дальнейшей обработке при помощи ранговой корреляции. Являясь по существу непараметрическими, указанные показатели могли быть оценены наиболее адекватно лишь с использованием порядкового

¹³⁸ Добавление, изменение и удаление линии тренда на диаграмме. URL: <http://office.microsoft.com/ru-ru/excel-help/HP010007461.aspx#top> (Дата обращения: 22.07.2013г.).

¹³⁹ Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / В.З.Кучеренко. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. – 192 с.

¹⁴⁰ Статистика. Метод скользящей средней. 2012 URL: <http://helpstat.ru/2012/02/metod-skolzyashhey-sredney/> (Дата обращения: 22.07.2013г.).

коэффициента корреляции Спирмена¹⁴¹, возможности которого подробно исследованы Юлом и Кендэлом в 1960 году^{142, 143}.

При оценке достоверности разности групповых средних частот встречаемости изучаемых признаков применялся t-критерий Стьюдента¹⁴⁴.

Предлагаемый нами методический подход позволяет выполнять анализ массовых медико-социальных явлений и условий их возникновения с мотивационной точки зрения, что значительно облегчает интерпретацию полученных данных, помогает осуществить моделирование и прогноз дальнейшего развития процесса самосохранения, обосновывать регулирующие воздействия. Применительно к самосохранительному УМК мы оценили количественные параметры факторной среды, связанной с возрастными влияниями, коммуникационной активностью внутрисемейных отношений, социально-профессиональным статусом и т.д. Особенный интерес полученные данные представляют в связи с тем, что отражают период становления новой социальной структуры российского общества, которое характеризуется ярко выраженной социальной стратификацией.

¹⁴¹ Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. / А.И. Кобзарь. – М.: Физматлит. – 2006. – 628 с.

¹⁴² Креймер М.А. Экономико-математические аспекты мониторинга здоровья населения и среды обитания. / М.А. Креймер // Гигиена и санитария. – 2005. - №2. – С.72-74.

¹⁴³ Юл Д.Э., Кендэл М.Д. Теория статистики. / Д.Э.Юл, М.Д. Кендэл. – М.: Госстатиздат. 1960. - 275 с.

¹⁴⁴ Миняев В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / В.А. Миняев, Н.И. Вишняков – М.: МЕДпресс-информ. – 2009. – 656 с.

Глава 3. Собственные результаты и обсуждение.

3.1. Показатели стоматологического здоровья как основа построения факторных иерархий.

Возникновение и развитие стоматологических заболеваний с этиологической точки зрения обусловлено многими непосредственными причинами (НП), к которым можно отнести взаимодействие с бактериями, вирусами, поступление в организм недостаточного или избыточного количества каких-либо веществ или химических элементов и т.д.¹⁴⁵. Вместе с тем НП сами находятся в подчиненном положении по отношению к некоторым факторам более высокого порядка. Т.о. можно говорить о существовании факторных иерархий как об организованной структуре причинно-следственных взаимодействий, имеющих информационную компоненту и поддающихся медико-социальному моделированию.

О существовании потенциально опасных для здоровья факторов окружающей и производственной среды, поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, повышающих вероятность возникновения того или иного заболевания¹⁴⁶, известно достаточно давно. В полной мере это относится и к стоматологическим заболеваниям^{147, 148}. Однако известные нам исследования обычно ограничивались обнаружением корреляционных или регрессионных связей между процессами или явлениями в локальном узловом сегменте причинно-следственной пирамиды. В любом случае факторные иерархии (комбинации факторов риска (ФР)) действуют на НП, создают соответствующие условия для возникновения и дальнейшего развития заболеваний. Более детальное

¹⁴⁵ Барер Г.М. Терапевтическая стоматология / Г.М.Барер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.

¹⁴⁶ Иванов А.Г. Распространенность и прогнозирование факторов риска нарушений репродуктивной функции женщин / А.Г. Иванов // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т.85. – №6. – С. 415-418.

¹⁴⁷ Емелина Г.В. Анализ стоматологической заболеваемости в выборе методов и подходов индивидуальной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта. / Г.В.Емелина, В.М.Гринин, П.В.Иванов, Н.К.Кузнецова, Л.А. Зюлькина // Современные проблемы науки и образования. Электронный научный журнал. – 2011, -№ 2. URL: <http://www.science-education.ru/96-4582> (Дата обращения 01.11.2013г.).

¹⁴⁸ Кузьмина Э.М. Динамика стоматологической заболеваемости 12-летних детей Краснодарского края за 10 лет. / Э.М. Кузьмина, М.В. Турьянская // Dental Forum. - 2011. - Т. 37. - № 1. - С. 33-37.

рассмотрение НП и ФР следует начинать с результатов, полученных при проведении профилактических осмотров^{149, 150, 151}.

В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ/FDI наше исследование стоматологического здоровья взрослого населения г.Ростова-на-Дону начиналось с оценки состояния слизистой оболочки полости рта (табл. 3.1.1.).

Таблица 3.1.1.

Состояние слизистой оболочки полости рта (случаев на 100 осмотренных)

Индикатор	P	±m
0 - нет признаков поражения	73,6	4,6
1 - злокачественная опухоль	0,0	0,0
2 – лейкоплакия	1,1	1,1
3 - красный плоский лишай	1,1	1,1
4 - стоматит (афтозный, герпетический, травматический)	7,7	2,8
5 - острый некротический гингивит	0,0	0,0
6 – кандидоз	1,1	1,1
7 – абсцесс	0,0	0,0
8 - другие заболевания	14,3	3,7
9 - не регистрируется	1,1	1,1
Всего	100,0	

При анализе состояния слизистой оболочки полости рта в стандартных возрастных группах (табл. 3.1.2. и 3.1.3.) было установлено, что респонденты 35-44 лет по индикатору «нет признаков поражения» имеют прирост в 33,3% по отношению к соответствующему показателю в группе лиц 65 лет и старше. Полученные данные позволяют утверждать, что почти ¼ участников осмотра страдают той или иной патологией слизистой оболочки полости рта.

¹⁴⁹ Ayo-Yusuf O.A. Association of tooth loss with hypertension / O.A. Ayo Yusuf, I.J. Ayo-Yusuf // South Afric. Med. Jour. – 2008. – vol. 98, - №5. - P. 381-385.

¹⁵⁰ Waldman H.B. Oral health status of New Yorkers. / H.B.Waldman // N.Y. State Dent. J. – 2008. – vol.74, - №1. – p. 54-55.

¹⁵¹ Whelton H, O'Mulaine DM. Public health aspects of oral diseases and disorders- dental caries. In: Pine C and Harris R (eds). / H Whelton, DM. O'Mulaine // Community Oral Health. Quintessence Publishing Co. Ltd. - 2007, - P. 165-176.

Сходная ситуация наблюдается при оценке состояния височно-нижнечелюстного сустава (табл. 3.1.4.). Отсутствие признаков поражения сустава выявлено у 77-81% осмотренных.

Таблица 3.1.2.

Состояние слизистой оболочки полости рта (случаев на 100 осмотренных) в возрастной группе 35-44 года

Индикатор	P	±m
0 - нет признаков поражения	73,6	4,6
1 - злокачественная опухоль	0,0	0,0
2 – лейкоплакия	1,1	1,1
3 - красный плоский лишай	1,1	1,1
4 - стоматит (афтозный, герпетический, травматический)	7,7	2,8
5 - острый некротический гингивит	0,0	0,0
6 – кандидоз	1,1	1,1
7 – абсцесс	0,0	0,0
8 - другие заболевания	14,3	3,7
9 - не регистрируется	1,1	1,1

Таблица 3.1.3.

Состояние слизистой оболочки полости рта (случаев на 100 осмотренных) в возрастной группе 65 лет и старше

Индикатор	P	±m
0 - нет признаков поражения	55,2	6,2
1 - злокачественная опухоль	0,0	0,0
2 – лейкоплакия	3,0	2,2
3 - красный плоский лишай	0,0	0,0
4 - стоматит (афтозный, герпетический, травматический)	17,1	4,7
5 - острый некротический гингивит	0,0	0,0
6 – кандидоз	3,1	2,2
7 – абсцесс	0,0	0,0
8 - другие заболевания	18,5	4,9
9 - не регистрируется	3,1	2,2

Таблица 3.1.4.

Оценка височно-нижнечелюстного сустава (случаев на 100 осмотренных)

Признаки: симптомы	P	±m
0 - отсутствие	81,6	1,7
1 - проявление	6,0	1,0
9 - не регистрируется	3,1	0,7
Признаки: щелканье		
0 - отсутствие	84,3	1,6
1 - проявление	5,8	1,0
9 - не регистрируется	2,2	0,6
Болезненность (при пальпации)		
0 - отсутствие	77,2	1,8
1 - проявление	4,7	0,9
9 - не регистрируется	4,0	0,8
Ограничение подвижности челюсти (открывание < 30 мм)		
0 - отсутствие	82,0	1,6
1 - проявление	4,6	0,9
9 - не регистрируется	2,2	0,6

Столь же неблагоприятно можно оценить установленный уровень флюороза зубов – норма по указанному признаку наблюдалась лишь у 75,1±1,9% респондентов.

Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ) является наиболее объективным критерием при оценке пародонтологического здоровья. С его помощью было установлено, что признаки поражения отсутствовали у 34,8±2,0% участников осмотра. Более детальное изучение СРІ (табл. 3.1.5.) показало более чем двукратное превышение частоты образования зубного камня в реперной точке 31 (рис. 3.1.1).

Таблица 3.1.5.

Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ) (случаев на 100 осмотренных)

Признаки по локализациям	P	±m
17/16		
0 - нет признаков поражения	41,7	2,1

1 - кровотоочивость	18,8	1,7
2-камень	13,8	1,5
3 - карман 4-5 мм	3,8	0,8
4 - карман 6 мм и более	0,7	0,4
X - исключенный секстант	7,8	1,1
9 - не регистрируется	3,1	0,7
11		
0 - нет признаков поражения	46,6	2,1
1 - кровотоочивость	19,5	1,7
2-камень	11,3	1,4
3 - карман 4-5 мм	2,0	0,6
4 - карман 6 мм и более	0,2	0,2
X - исключенный секстант	4,9	0,9
9 - не регистрируется	1,3	0,5
26/27		
0 - нет признаков поражения	44,3	2,1
1 - кровотоочивость	17,3	1,6
2-камень	10,6	1,3
3 - карман 4-5 мм	4,2	0,9
4 - карман 6 мм и более	1,1	0,4
X - исключенный секстант	5,5	1,0
9 - не регистрируется	2,6	0,7
47/46		
0 - нет признаков поражения	41,5	2,1
1 - кровотоочивость	18,0	1,6
2-камень	9,7	1,3
3 - карман 4-5 мм	7,3	1,1
4 - карман 6 мм и более	0,4	0,3
X - исключенный секстант	6,2	1,0
9 - не регистрируется	2,2	0,6
31		
0 - нет признаков поражения	34,8	2,0
1 - кровотоочивость	11,1	1,3
2-камень	31,7	2,0
3 - карман 4-5 мм	2,9	0,7
4 - карман 6 мм и более	0,5	0,3
X - исключенный секстант	3,6	0,8

9 - не регистрируется	0,9	0,4
36/37		
0 - нет признаков поражения	36,8	2,1
1 - кровоточивость	19,9	1,7
2-камень	13,3	1,4
3 - карман 4-5 мм	5,8	1,0
4 - карман 6 мм и более	0,9	0,4
X - исключенный секстант	6,0	1,0
9 - не регистрируется	2,7	0,7

Состояние пародонта отличалось в лучшую сторону от состояния слизистой в стандартных возрастных группах (табл. 3.1.6. и 3.1.7.) по критерию «нет признаков поражения». Более 23% респондентов 35-44 лет в нашей выборке не имели признаков поражения пародонта.

Таблица 3.1.6.

Коммунальный пародонтальный индекс (CPI) (случаев на 100 осмотренных) в возрастной группе 35-44 года

Признаки по локализациям	P	±m
17/16		
0 - нет признаков поражения	39,6	5,1
1 - кровоточивость	22,0	4,3
2-камень	23,1	4,4
3 - карман 4-5 мм	5,5	2,4
4 - карман 6 мм и более	1,1	1,1
X - исключенный секстант	1,1	1,1
9 - не регистрируется	3,3	1,9
11		
0 - нет признаков поражения	47,3	5,2
1 - кровоточивость	29,7	4,8
2-камень	11,0	3,3
3 - карман 4-5 мм	0,0	0,0
4 - карман 6 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный секстант	0,0	0,0
9 - не регистрируется	1,1	1,1

26/27		
0 - нет признаков поражения	47,3	5,2
1 - кровоточивость	24,2	4,5
2-камень	12,1	3,4
3 - карман 4-5 мм	2,2	1,5
4 - карман 6 мм и более	1,1	1,1
X - исключенный секстант	0,0	0,0
9 - не регистрируется	2,2	1,5
47/46		
0 - нет признаков поражения	42,9	5,2
1 - кровоточивость	20,9	4,3
2-камень	9,9	3,1
3 - карман 4-5 мм	7,7	2,8
4 - карман 6 мм и более	1,1	1,1
X - исключенный секстант	1,1	1,1
9 - не регистрируется	3,3	1,9
31		
0 - нет признаков поражения	31,9	4,9
1 - кровоточивость	18,7	4,1
2-камень	35,2	5,0
3 - карман 4-5 мм	1,1	1,1
4 - карман 6 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный секстант	0,0	0,0
9 - не регистрируется	1,1	1,1
36/37		
0 - нет признаков поражения	38,5	5,1
1 - кровоточивость	23,1	4,4
2-камень	15,4	3,8
3 - карман 4-5 мм	4,4	2,1
4 - карман 6 мм и более	2,2	1,5
X - исключенный секстант	0,0	0,0
9 - не регистрируется	4,4	2,1

В возрастной группе 65 лет и старше соответствующие показатели были близки к среднероссийским данным^{152, 153}.

¹⁵² Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. / Под ред. Проф. Э.М. Кузьминой. – М.: 2009. – 236 с.

Таблица 3.1.7.

Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ) (случаев на 100 осмотренных)
в возрастной группе 65 лет и старше

Признаки по локализациям	Р	±m
17/16		
0 - нет признаков поражения	15,6	4,5
1 - кровоточивость	23,4	5,3
2-камень	6,3	3,0
3 - карман 4-5 мм	3,1	2,2
4 - карман 6 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный секстант	34,4	5,9
9 - не регистрируется	4,7	2,6
11		
0 - нет признаков поражения	18,8	4,9
1 - кровоточивость	15,6	4,5
2-камень	4,7	2,6
3 - карман 4-5 мм	6,3	3,0
4 - карман 6 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный секстант	25,0	5,4
9 - не регистрируется	1,6	1,6
26/27		
0 - нет признаков поражения	15,6	4,5
1 - кровоточивость	10,9	3,9
2-камень	4,7	2,6
3 - карман 4-5 мм	6,3	3,0
4 - карман 6 мм и более	3,1	2,2
X - исключенный секстант	25,0	5,4

¹⁵³ Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. / Под ред. проф. О.О. Янушевича. - М.: 2009. – 228 с.

9 - не регистрируется	4,7	2,6
47/46		
0 - нет признаков поражения	12,5	4,1
1 - кровоточивость	9,4	3,6
2-камень	6,3	3,0
3 - карман 4-5 мм	9,4	3,6
4 - карман 6 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный секстант	29,7	5,7
9 - не регистрируется	4,7	2,6
31		
0 - нет признаков поражения	12,5	4,1
1 - кровоточивость	6,3	3,0
2-камень	21,9	5,2
3 - карман 4-5 мм	12,5	4,1
4 - карман 6 мм и более	3,1	2,2
X - исключенный секстант	14,1	4,3
9 - не регистрируется	1,6	1,6
36/37		
0 - нет признаков поражения	14,1	4,3
1 - кровоточивость	9,4	3,6
2-камень	4,7	2,6
3 - карман 4-5 мм	7,8	3,4
4 - карман 6 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный секстант	31,3	5,8
9 - не регистрируется	4,7	2,6

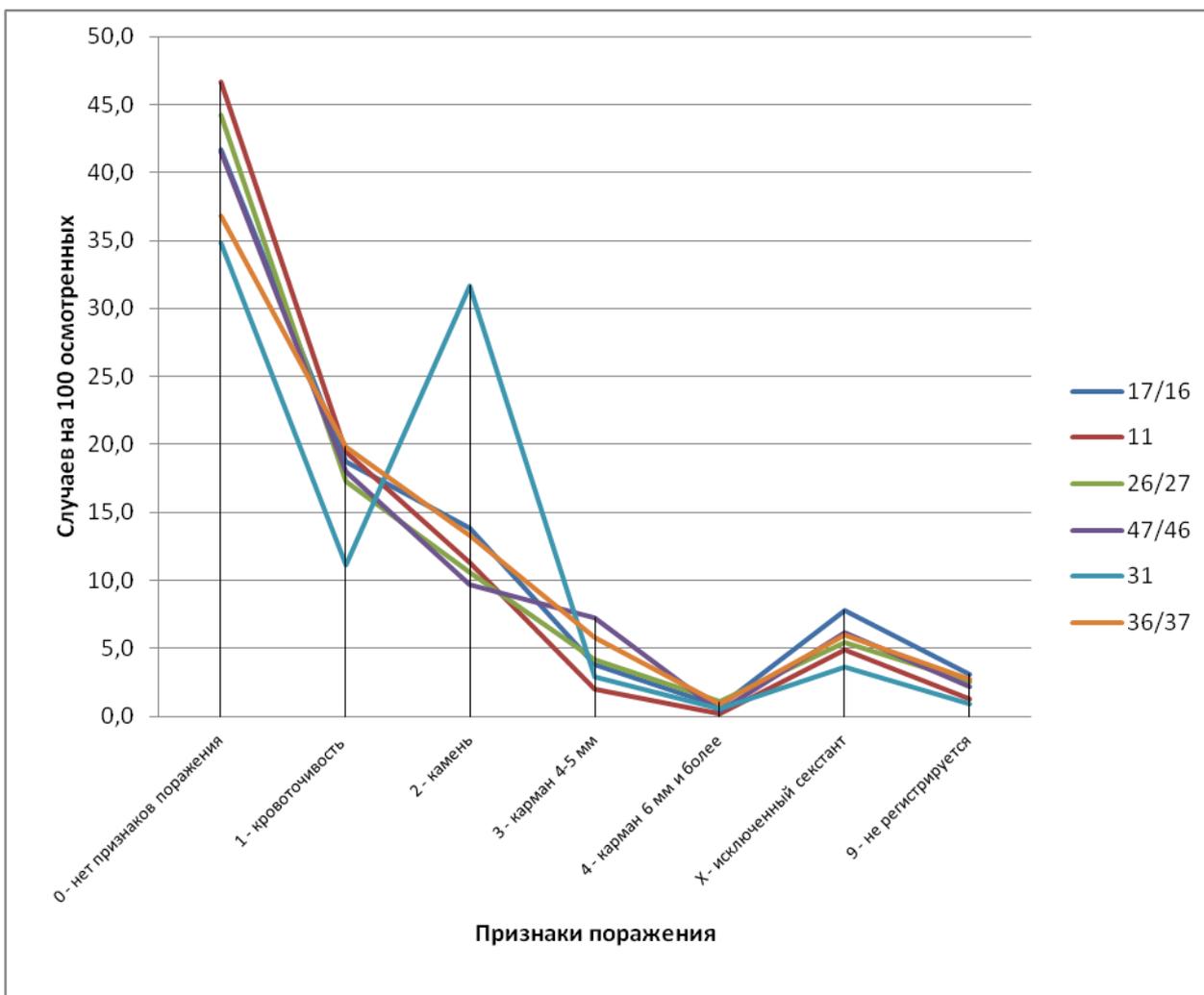


Рисунок 3.1.1. Коммунальный пародонтальный индекс (CPI) (случаев на 100 осмотренных) при стандартной локализации в целом по выборке.

Дополнительным индикатором пародонтологического здоровья является оценка потери прикрепления зубов (табл. 3.1.8.).

Таблица 3.1.8.

Потеря прикрепления зубов (случаев на 100 осмотренных)

Признаки по локализациям	P	±m
17/16		
0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код CPI от 0 до 3)	59,7	2,1
1 - потеря прикрепления 4-5 мм	10,9	1,3
2 - потеря прикрепления 6-8 мм	3,6	0,8
3- потеря прикрепления 9-11 мм	0,2	0,2
4 - потеря прикрепления 12 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный, если в секстанте меньше 2 зубов	9,1	1,2

9 - не регистрируется	3,8	0,8
11		
0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код СРІ от 0 до 3)	62,1	2,1
1 - потеря прикрепления 4-5 мм	7,7	1,1
2 - потеря прикрепления 6-8 мм	3,6	0,8
3- потеря прикрепления 9-11 мм	1,1	0,4
4 - потеря прикрепления 12 мм и более	0,2	0,2
Х - исключенный,если в секстанте меньше 2 зубов	5,6	1,0
9 - не регистрируется	4,6	0,9
26/27		
0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код СРІ от 0 до 3)	60,1	2,1
1 - потеря прикрепления 4-5 мм	10,0	1,3
2 - потеря прикрепления 6-8 мм	4,0	0,8
3- потеря прикрепления 9-11 мм	0,9	0,4
4 - потеря прикрепления 12 мм и более	0,0	0,0
Х - исключенный,если в секстанте меньше 2 зубов	7,5	1,1
9 - не регистрируется	2,6	0,7
47/46		
0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код СРІ от 0 до 3)	59,4	2,1
1 - потеря прикрепления 4-5 мм	10,7	1,3
2 - потеря прикрепления 6-8 мм	4,0	0,8
3- потеря прикрепления 9-11 мм	0,4	0,3
4 - потеря прикрепления 12 мм и более	0,0	0,0
Х - исключенный,если в секстанте меньше 2 зубов	7,5	1,1
9 - не регистрируется	3,5	0,8
31		
0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код СРІ от 0 до 3)	61,6	2,1
1 - потеря прикрепления 4-5 мм	8,9	1,2
2 - потеря прикрепления 6-8 мм	4,2	0,9
3- потеря прикрепления 9-11 мм	1,5	0,5
4 - потеря прикрепления 12 мм и более	0,5	0,3
Х - исключенный,если в секстанте меньше 2 зубов	3,8	0,8
9 - не регистрируется	4,6	0,9
36/37		
0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код СРІ от 0 до 3)	55,7	2,1
1 - потеря прикрепления 4-5 мм	13,1	1,4
2 - потеря прикрепления 6-8 мм	4,6	0,9

3- потеря прикрепления 9-11 мм	0,4	0,3
4 - потеря прикрепления 12 мм и более	0,0	0,0
X - исключенный,если в секстанте меньше 2 зубов	7,5	1,1
9 - не регистрируется	4,7	0,9

Минимальная потеря прикрепления отмечается лишь в 55-62% случаев, при этом от 7 до 13% осмотренных обнаружили 4-5 мм потерю прикрепления вне зависимости от локализации.

Отдельно следует остановиться на ортопедическом статусе респондентов (табл. 3.1.9.).

Таблица 3.1.9.

Ортопедический статус участников осмотра (случаев на 100 осмотренных)

Признаки по локализациям	P	±m
Верхняя челюсть		
0 - нет протезов	62,1	2,1
1 - мостовидный протез	12,4	1,4
2 - более одного мостовидного протеза	9,1	1,2
3 - частично-съёмный протез	2,7	0,7
4 - мостовидный(е) и частично-съёмный(е) протез(ы)	1,3	0,5
5 - полный съёмный протез	4,4	0,9
9 - не регистрируется	0,2	0,2
Нижняя челюсть		
0 - нет протезов	57,9	2,1
1 - мостовидный протез	11,8	1,4
2 - более одного мостовидного протеза	9,5	1,2
3 - частично-съёмный протез	3,8	0,8
4 - мостовидный(е) и частично-съёмный(е) протез(ы)	1,5	0,5
5 - полный съёмный протез	2,0	0,6
9 - не регистрируется	0,0	0,0
материал протеза	15,7	1,6

Потребность в протезах отсутствует лишь у 57% осмотренных. Т.е. почти половина взрослого населения крупного мегаполиса не может обходиться без ортопедических протезов и испытывает в них соответствующую потребность (табл. 3.1.10.). Причем чаще всего (14-16

случаев на 100 осмотренных) востребованы мостовидные протезы. Общая потенциальная потребность в ортопедической помощи может измеряться как 400-500 тыс. руб. на каждые 100 взрослых жителей г.Ростова-на-Дону в ценах 2012-2013 гг.

Таблица 3.1.10.

Потребность в протезировании (случаев на 100 осмотренных)

Признаки по локализациям	P	±m	Средняя стоимость услуги (руб.)	Средняя стоимость услуги на 100 осмотренных (руб.)
Верхняя челюсть				
0 - нет потребности в протезировании	57,9	2,1	-	-
1 - потребность в одном мостовидном протезе	10,0	1,3	6000	60 000
2 - потребность более чем в одном мостовидном протезе	4,7	0,9	10000	47 000
3 - потребность в частичном съемном протезировании	7,5	1,1	5000	37 500
4 - потребность в комбинированном протезировании (мостовидный и частично-съемный протезы)	5,1	0,9	8000	40 800
5 - потребность в полном съемном протезировании	5,5	1,0	7000	38 500
9 - не регистрируется	0,0	0,0	-	-
Нижняя челюсть				
0 - нет потребности в протезировании	51,4	2,1	-	-
1 - потребность в одном мостовидном протезе	12,8	1,4	6000	76 800
2 - потребность более чем в одном мостовидном протезе	4,7	0,9	10000	47 000
3 - потребность в частичном съемном протезировании	6,9	1,1	5000	34 500
4 - потребность в комбинированном протезировании (мостовидный и частично-съемный протезы)	7,3	1,1	8000	58 400
5 - потребность в полном съемном протезировании	3,3	0,8	7000	23 100
9 - не регистрируется	0,0	0,0	-	-
9. Челюстно-лицевые аномалии	0,0	0,0	-	-
Всего				463 600

Все 549 обследованных имели ту или иную потребность в стоматологических услугах. Так, общее по выборке количество нелеченного кариеса составило 2130 зубов, что в пересчете на 1 респондента равно 3,9 зубов, требующих вмешательства стоматолога.

Следует заметить, что показатели здоровья зубов являются наиболее объективной иллюстрацией стоматологического здоровья. Так, индекс КПУ, характеризующий количество зубов пораженных кариесом, имеющих пломбу и удаленных в расчете на 1 осмотренного, составил в целом по выборке 17,4 (табл. 3.1.11.), в стандартных возрастных группах 35-44 года и 65 лет и старше – 17,1 и 21,3 зуба соответственно.

Таблица 3.1.11.

Индекс КПУ в стандартных возрастных группах взрослого населения г.Ростова-на-Дону (среднее количество зубов на 1 осмотренного)

Возрастная группа	Кариес		Пломба		Удаление		КПУ	
	М	±m	М	±m	М	±m	М	±m
35-44 года	4,1	0,2	7,5	0,3	5,6	0,3	17,1	0,5
65 лет и старше	3,0	0,3	4,4	0,3	14,0	0,8	21,3	1,0
В целом по выборке	3,9	0,1	6,8	0,1	6,8	0,2	17,4	0,3

Описанная ситуация не кажется нам случайной. Очевидно, что в мегаполисе происходят изменения интенсивности ФР, оказывающих настолько мощное регулирующее воздействие на стоматологическое здоровье, что последнее при кажущемся благополучии проявляется клинически практически у каждого осмотренного. Начиная с детского возраста, мы сталкиваемся с ошеломляющими результатами исследований распространенности кариеса^{154, 155}. Об этом также свидетельствует определяемый по обращаемости уровень болезненности взрослого населения

¹⁵⁴ Маслак Е.Е. Профилактика стоматологических заболеваний – основное направление развития современной стоматологии. URL: <http://www.oblstom.oblzdrav.ru/orgmetod/doklad-maslak.doc> (Дата обращения: 12.04.2014г.)

¹⁵⁵ Деревянченко С.П. Гендерная социализация в семье как фактор здоровьесберегающего поведения в стоматологии. / С.П. Деревянченко, Р.Э. Кесаева, Е.Е. Маслак // Социология медицины. – 2006. - №1. – С.56-61.

стоматологическими заболеваниями^{156, 157, 158, 159} в России (210-240%). Следует заметить, что подобный уровень общей стоматологической заболеваемости соизмерим с показателями общей заболеваемости взрослого населения по таким классам болезней как болезни системы кровообращения (242,0‰), болезни органов дыхания (225,7‰)^{160, 161}. Если же обратиться к данным, полученным в результате профилактических осмотров¹⁶², то уровень стоматологической заболеваемости будет превышать 980‰^{163, 164, 165, 166}.

Уровень и структура стоматологической заболеваемости, установленные в ходе нашего исследования, свидетельствуют о том, что 3 из 4 стоматологических пациентов (более 70% взрослого населения) не обращаются за помощью в стоматологические лечебно-профилактические учреждения даже при наличии у них серьезных заболеваний зубов и полости

¹⁵⁶ Грудянов А.И. Состояние стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня образования. / А.И. Грудянов, Н.Б.Найговзина, В.А.Овсянников // Стоматология. – 2007. - №108 – С. 24-28.

¹⁵⁷ Новикова К.И., Тиллоев Х.Х. Демографические и социально-экономические аспекты доступности стоматологических услуг. / К.И.Новикова, Х.Х.Тиллоев // 67-я Итоговая научная конференция молодых учёных Ростовского государственного медицинского университета. Материалы конференции – Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, - 2011. – С. 523-524.

¹⁵⁸ Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье. Сущность. Значение для качества жизни. Критерии оценки. / Ю.Л.Образцов // Стоматология. – 2006. - №4. – С. 41-42.

¹⁵⁹ Кузьмина Э.М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям ВОЗ. / Э.М. Кузьмина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – С. 13-17.

¹⁶⁰ Быковская Т.Ю. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области. / Т.Ю. Быковская. - Ростов-на-Дону: Министерство здравоохранения Ростовской области, 2009. – 26 с.

¹⁶¹ Ayo-Yusuf O.A. Association of tooth loss with hypertension / O.A. Ayo Yusuf, I.J. Ayo-Yusuf // South Afric. Med. Jour. – 2008. – vol. 98, - №5. - P. 381-385.

¹⁶² Борисенко Л.Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л.Г. Борисенко // Стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 13-15.

¹⁶³ Павлов Н.Б., Сабгайда Т.П. Влияние сопутствующей патологии на распространение стоматологических заболеваний и стоимость их лечения./Н.Б.Павлов,Т.П.Сабгайда.

URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/354/30/lang, ru/> (Дата обращения: 24.08.2013г.)

¹⁶⁴ Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний. / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. – М.: - 2006. – 416 с.

¹⁶⁵ Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. / П.А. Леус – М. Медицинская книга. – 2008. – 444 с.

¹⁶⁶ Силантьева С.Г. Отношение населения к проблеме профилактики стоматологических заболеваний (по результатам социологического опроса). / С.Г. Силантьева, О.А. Козаченко, Н.Б.Соловьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - №5. – С.19-21.

рта^{167, 168}. Так, при анализе возрастной динамики нелеченного кариеса среди жителей г.Ростова-на-Дону (рис. 3.1.2.) нами осуществлялось

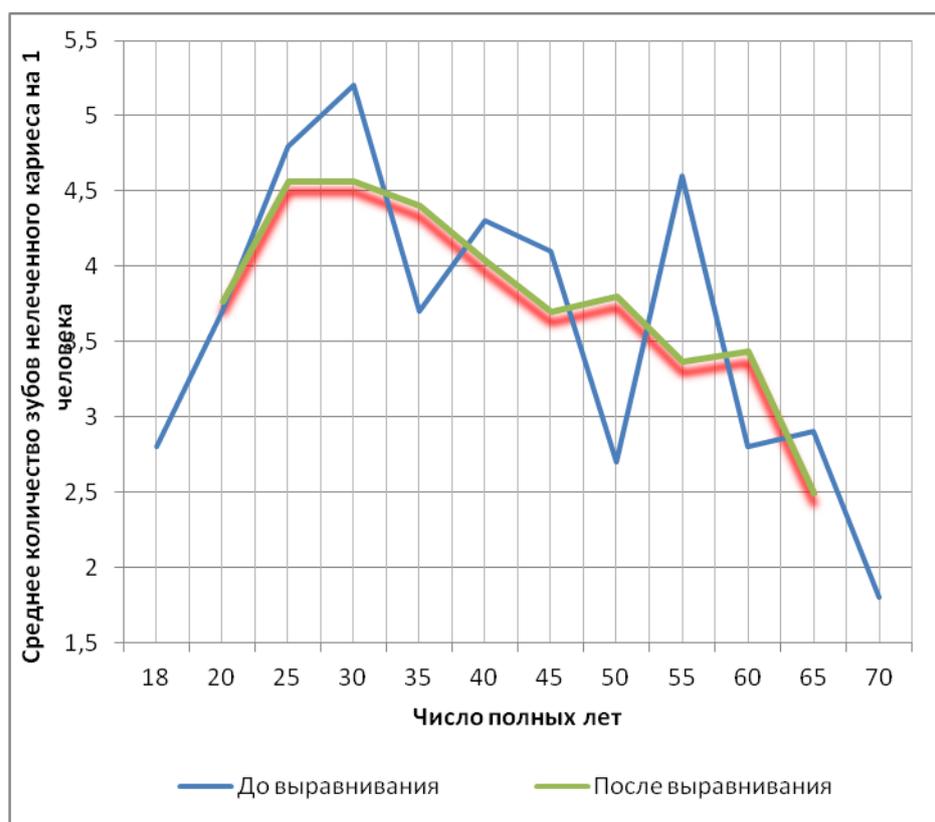


Рисунок 3.1.2. Возрастная динамика распространенности нелеченного кариеса (среднее количество зубов на 1 представителя данной возрастной группы)

выравнивание динамического ряда с использованием стандартного метода скользящей средней¹⁶⁹.

Указанная статистическая процедура позволила установить, что возрастная группа 25-30 лет имела наивысший уровень потребности в стоматологическом лечении кариеса, который равнялся 4,6 зуба на 1 осмотренного при средневыборочной потребности 3,9 зуба.

¹⁶⁷ Мажаренко В.А. Методология управления качеством в оказании стоматологической помощи населению / В.А. Мажаренко, Т.В. Маркина, Т.А. Зинченко// Межрегиональный сб. науч. труд. Вопросы стоматологии, посв. 80 лет. со дня рожд. проф. Э.С. Тихонова и 50-лет Рязанской стоматол. ассоциации. Рязань. – 2009. – С. 45-47.

¹⁶⁸ Социальная солидарность. Социология. URL: <http://socio.rin.ru/cgi-bin/article.pl?id=961> (Дата обращения 01.11.2013г.).

¹⁶⁹ Статистика. Метод скользящей средней. 2012 URL: <http://helpstat.ru/2012/02/metod-skolzyashhey-sredney/> (Дата обращения: 22.07.2013г.).

В соответствии с задачами исследования стоматологическая заболеваемость взрослого населения рассматривалась нами в неразрывной связи с уровнем общего соматического здоровья (табл. 3.1.12.), которое, с одной стороны, является медико-биологическим базисом для повышения сопротивляемости организма различным ФР, а с другой, может обеспечивать предрасположенность к возникновению отдельных стоматологических заболеваний, и способствовать дальнейшему прогрессированию указанных патологий^{170, 171}. В любом случае уровень накопленной заболеваемости взрослого населения по основным нозологиям и классам болезней, рассчитанный на 1000 взрослого населения (1326‰) незначительно уступал данным официальной статистики – показателям общей заболеваемости взрослого населения РО (1459‰)¹⁷².

Таблица 3.1.12.

Уровень накопленной заболеваемости репрезентативной выборки взрослого населения г.Ростова-на-Дону по основным классам болезней (случаев на 100 опрошенных)

Индикатор накопленной соматической заболеваемости	Р	±m
Инфекционные и паразитарные болезни	1,1	0,4
Анемии	2,2	0,6
Прочие болезни крови	1,5	0,5
Психические расстройства и расстройства поведения	1,8	0,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,3	1,1
Ишемическая болезнь сердца	9,1	1,2
Артериальная гипертензия	17,1	1,6
Цереброваскулярные болезни	1,3	0,5
Прочие болезни системы кровообращения	3,6	0,8
Болезни нервной системы	4,0	0,8

¹⁷⁰ Токарева Ю.М. Многофакторный анализ оценки качества медицинской помощи как метод социальной работы в здравоохранении / Ю.М. Токарева // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Социальная работа в регионе: состояние, проблемы перспективы», Республика Башкортостан. – 2009. – С. 122-125.

¹⁷¹ Павлов Н.Б., Сабгайда Т.П. Влияние сопутствующей патологии на распространение стоматологических заболеваний и стоимость их лечения. / Н.Б.Павлов, Т.П.Сабгайда. URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/354/30/lang, ru/> (Дата обращения: 24.08.2013г.)

¹⁷² Быковская Т.Ю. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области. / Т.Ю. Быковская. - Ростов-на-Дону: Министерство здравоохранения Ростовской области, 2009. – 26 с.

Болезни уха и сосцевидного отростка	2,0	0,6
Болезни органов пищеварения	24,4	1,8
Сахарный диабет	9,5	1,2
Тиреотоксикоз	1,3	0,5
Ожирение	4,9	0,9
Прочие болезни эндокринной системы и обмена веществ	6,7	1,1
Болезни органов дыхания	6,0	1,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,9	0,7
Болезни мочеполовой системы	6,4	1,0
Врожденные аномалии	0,4	0,3
Новообразования	1,8	0,6
Болезни костно-мышечной системы	12,6	1,4
Травмы и отравления	4,0	0,8
Прочие заболевания	0,7	0,4
Всего	132,6	4,6

5 первых ранговых мест среди нозологических форм, отмеченных респондентами, заняли болезни органов пищеварения (БОП) – 24,4 случая на 100 опрошенных, артериальная гипертензия (АГ), болезни костно-мышечной системы (БКМС), сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС), соответственно: 17,1; 12,6; 9,5 и 9,1 случаев. Из приведенной иерархии органично вытекает следующая патофизиологическая конструкция (назовем ее условно – сомато-стоматологический треугольник): в центре стоматологической больной; основание треугольника – БОП и тесно связанный с ними СД (результат перегрузки организма легкоусвояемыми углеводами); боковые стороны – АГ и ИБС (признаки сниженной гемодинамики) и БКМС (индикатор нарушения обмена веществ в мышцах и костной ткани, каковой и являются зубы).

Для ориентировочного исследования факторной среды (ФС) выборка была разделена на 5 групп по критерию «Количество интактных зубов» (КИЗ). Так, 1-я группа включала респондентов, имеющих не более 5 интактных зубов; 2-я – 6-10; 3-я – 11-15; 4-я – 16-20 и 5-я – 21-32 интактных

зубов. Паспортная часть анкеты включала основные ориентировочные элементы ФС (табл. 3.1.13.).

Таблица 3.1.13.

Возрастно-половые особенности факторной среды здоровья зубов

Индикаторы факторной среды стоматологического здоровья	5-я группа		4-я группа		3-я группа		2-я группа		1-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности P ₁ -P ₂
	P	±m										
Пол респондентов: мужской.	23,1	6,7	45,9	6,4	37,4	3,8	34,4	3,8	42,6	4,4	-0,47	2,34
Женский.	76,9	6,7	54,1	6,4	62,6	3,8	65,6	3,8	57,4	4,4	0,49	2,44
Возраст (в годах)	30,9	1,8	38,6	1,9	35,4	1,1	41,8	1,1	57,0	1,2	-0,88	11,84

Таблица 3.1.14.

Семейное положение как фактор здоровья зубов

Индикаторы факторной среды стоматологического здоровья	5-я группа		4-я группа		3-я группа		2-я группа		1-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности P ₁ -P ₂
	P	±m										
Никогда не состоял(а) в браке	30,8	7,4	18,0	4,9	26,4	3,5	15,3	2,9	3,9	1,7	0,86	3,55
Живете вместе, но не зарегистрированы	17,9	6,1	8,2	3,5	12,9	2,6	10,2	2,4	3,9	1,7	0,79	2,21
Состоите в браке;	33,3	7,5	45,9	6,4	49,1	3,9	49,0	4,0	65,9	4,2	-0,93	3,77
В разводе;	12,8	5,4	8,2	3,5	6,7	2,0	9,6	2,3	8,5	2,5	0,50	0,73
Вдовец (вдова)	2,6	2,5	8,2	3,5	2,5	1,2	7,0	2,0	13,2	3,0	-0,71	2,72

Таблица 3.1.15.

Образование как фактор здоровья зубов

Индикаторы факторной среды стоматологического здоровья	5-я группа		4-я группа		3-я группа		2-я группа		1-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности P ₁ -P ₂
	P	±m										
Начальное и ниже	2,6	2,5	0,0	0,0	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,48	0,68
Неполное среднее	2,6	2,5	3,3	2,3	3,7	1,5	3,8	1,5	8,5	2,5	-0,83	1,69
Среднее общее,	7,7	4,3	9,8	3,8	11,7	2,5	8,3	2,2	16,3	3,3	-0,72	1,60
Среднее специальное,	5,1	3,5	23,0	5,4	19,6	3,1	17,8	3,1	19,4	3,5	-0,54	2,87
Незаконченное высшее,	25,6	7,0	13,1	4,3	16,0	2,9	10,2	2,4	7,8	2,4	0,88	2,42
Высшее.	56,4	7,9	52,5	6,4	49,1	3,9	56,1	4,0	39,5	4,3	0,69	1,87

Таблица 3.1.16.

Социальная группа как фактор здоровья зубов

Индикаторы факторной среды стоматологического здоровья	5-я группа		4-я группа		3-я группа		2-я группа		1-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности P ₁ -P ₂
	P	±m										
Рабочий,	33,3	7,5	29,5	5,8	28,2	3,5	28,0	3,6	17,8	3,4	0,89	1,88
Предприниматель	17,9	6,1	9,8	3,8	9,2	2,3	9,6	2,3	4,7	1,9	0,88	2,07
Служащий,	10,3	4,9	26,2	5,6	29,4	3,6	42,0	3,9	24,8	3,8	-0,62	2,36
Учащийся школы, ПТУ, колледжа,	2,6	2,5	1,6	1,6	1,2	0,9	1,3	0,9	0,0	0,0	0,94	1,01
Студент ВУЗА,	23,1	6,7	6,6	3,2	14,1	2,7	4,5	1,6	1,6	1,1	0,82	3,15
Домохозяйка,	5,1	3,5	6,6	3,2	3,1	1,4	2,5	1,3	7,0	2,2	0,02	0,44
Пенсионер по возрасту,	2,6	2,5	8,2	3,5	6,7	2,0	8,3	2,2	39,5	4,3	-0,78	7,40
Пенсионер по инвалидности,	5,1	3,5	4,9	2,8	3,1	1,4	3,2	1,4	10,1	2,7	-0,45	1,12
Безработный,	0,0	0,0	3,3	2,3	1,8	1,1	1,3	0,9	1,6	1,1	-0,15	1,43

Доля женщин возрастала по мере уменьшения КИЗ, однако связь была средней силы (КРК<0,5). Значительно большее влияние оказывал возраст (КРК=-0,88). Также можно оценить брачный статус и прочие возрастоассоциированные индикаторы за исключением «высшего образования», которое хотя и требует достижения определенного возраста, в факторной матрице имело альтернативный характер распределения по отношению к возрасту (КРК=+0,69). Не меньше противоречий выявилось при оценке профессиональной деятельности: статус рабочего и предпринимателя способствовал укреплению СЗ, а статус служащего – наоборот снижал КИЗ (КРК соответственно: +0,89; +0,88 и -0,62).

Для разработки подходов к анализу уровня стоматологического здоровья (СЗ) и факторов его определяющих нами было рассмотрено и включено в индикаторную систему большое количество показателей и индексов. Наиболее часто употребляемый из них – это индекс КПУ. Однако по сути своей он является комбинированным и характеризует как собственно СЗ, так и оказанные пациенту стоматологические услуги. На наш взгляд

наиболее адекватным индикатором СЗ является альтернатива индекса КПУ, т.е. количество интактных зубов. В соответствии с рабочей гипотезой КИЗ у человека должно постоянно уменьшаться в результате воздействий различных патогенных факторов, накопления в организме продуктов метаболизма, вредных веществ и т.п. с увеличением возраста. Для визуализации возрастных изменений зубной формулы в ходе нашего исследования все единицы наблюдения (ЕН) были ранжированы по возрасту. Самому молодому респонденту был присвоен 1-й номер, а 549-й – самому пожилому, т.е. на графике были представлены 549 точек. У каждой ЕН отображалось количество интактных зубов и число полных лет (рис. 3.1.3.). Кроме того, каждый из отображаемых параметров сопровождался построением линии тренда (ЛТ) и соответствующей формулой, которые дают представление о господствующей тенденции. При этом следует отметить, что по первому критерию наблюдалось значительное разнообразие – от полной вторичной адентии (2 случая: женщины 68 и 72 лет) до наличия в ротовой полости 32 интактных зубов (1 женщина 60 лет, однако у нее были обнаружены признаки пародонтита). Критерий возраста характеризовал выборку как подобранную максимально репрезентативно – величина достоверности аппроксимации¹⁷³ $R^2(0,973)$ стремилась к 1 (линия тренда почти совпадала с графиком возраста). Однако в этом случае график, описывающий количество интактных зубов (рис. 3.1.3.), обнаруживал обратную тенденцию, угловой коэффициент k равнялся $-0,018$. Этот множитель позволяет переходить от номера ЕН к КИЗ. При этом собственно возрастные изменения и возрастассоциированные факторы в значительной мере затрудняют анализ остального факторного ландшафта КИЗ. Таким образом, ЛТ возрастных изменений КИЗ, не совпадающая с горизонталью, является основой для нивелирования воздействий возраста на СЗ.

¹⁷³ Добавление, изменение и удаление линии тренда на диаграмме. URL: <http://office.microsoft.com/ru-ru/excel-help/HP010007461.aspx#top> (Дата обращения: 22.07.2013г.).

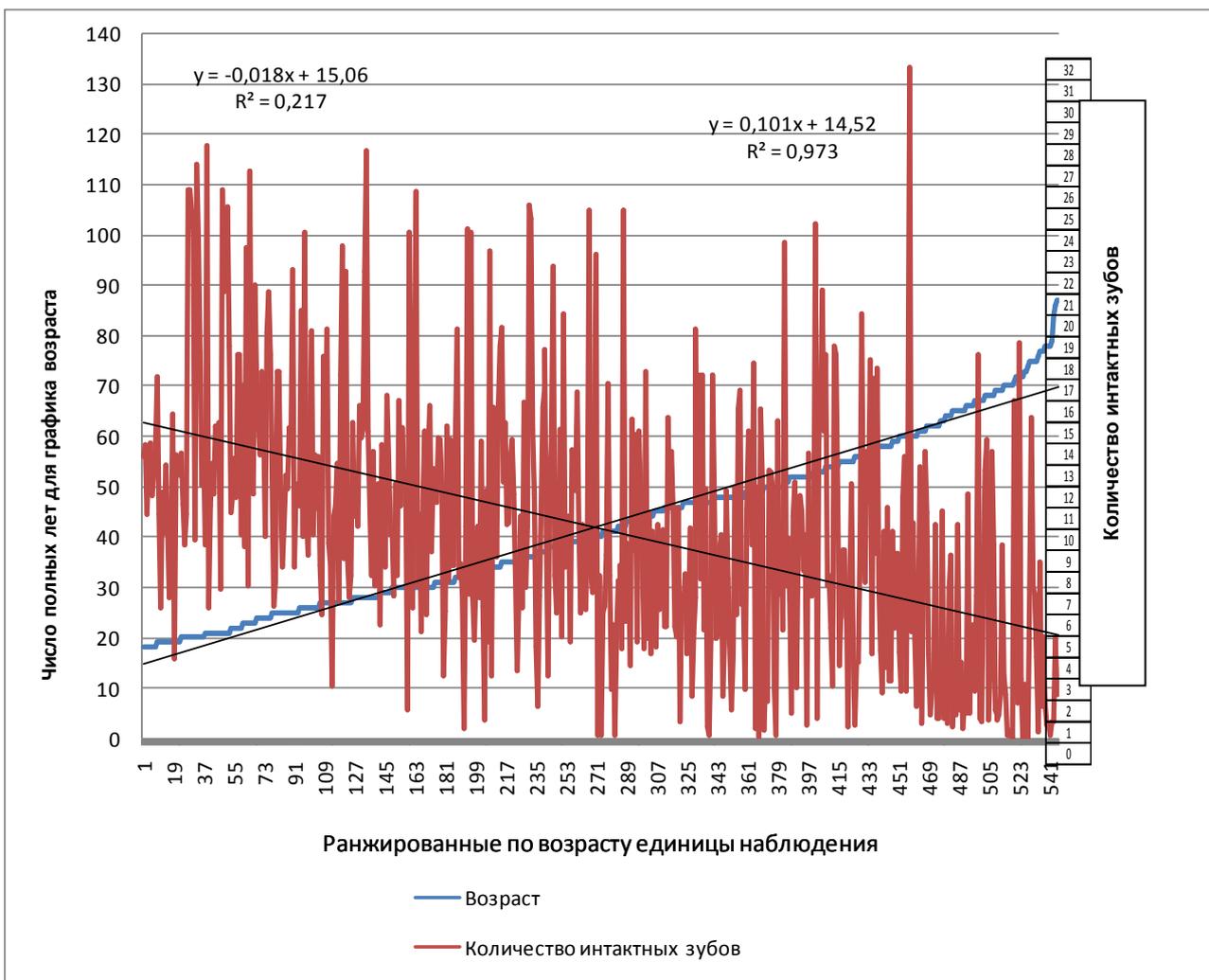


Рисунок 3.1.3. Возрастная динамика наличия интактных зубов.

Следующий этап нашего исследования включал процедуру «выравнивания» линии тренда КИЗ (рис. 3.1.4.), что было достигнуто путем использования углового коэффициента k , который определил основную тенденцию к снижению показателя КИЗ и темп этого снижения ($-0,018$ зуба на 1 ЕН при движении от 15 к 5 интактным зубам). Геометрический центр ЛТ¹⁷⁴ стал точкой вращения (ТВ) графика. Возраст в ТВ равнялся средневывборочному 42,3 года, а среднее число интактных зубов - 11,6 зуба. В ТВ приращение (k) равнялось нулю. При движении вдоль оси возраста от ТВ в сторону более молодой части выборки k последовательно отнимался (т.о. было выполнено «постарение» ЕН). При движении от ТВ в сторону более

¹⁷⁴Меладзе В. Курс технического анализа. URL: http://www.parusinvestora.ru/systems/book_meladze/book1.shtml (Дата обращения: 22.07.2013г.).

пожилых респондентов к последовательно прибавлялся (эта часть ЕН «омолаживалась») (рис. 3.1.4.).

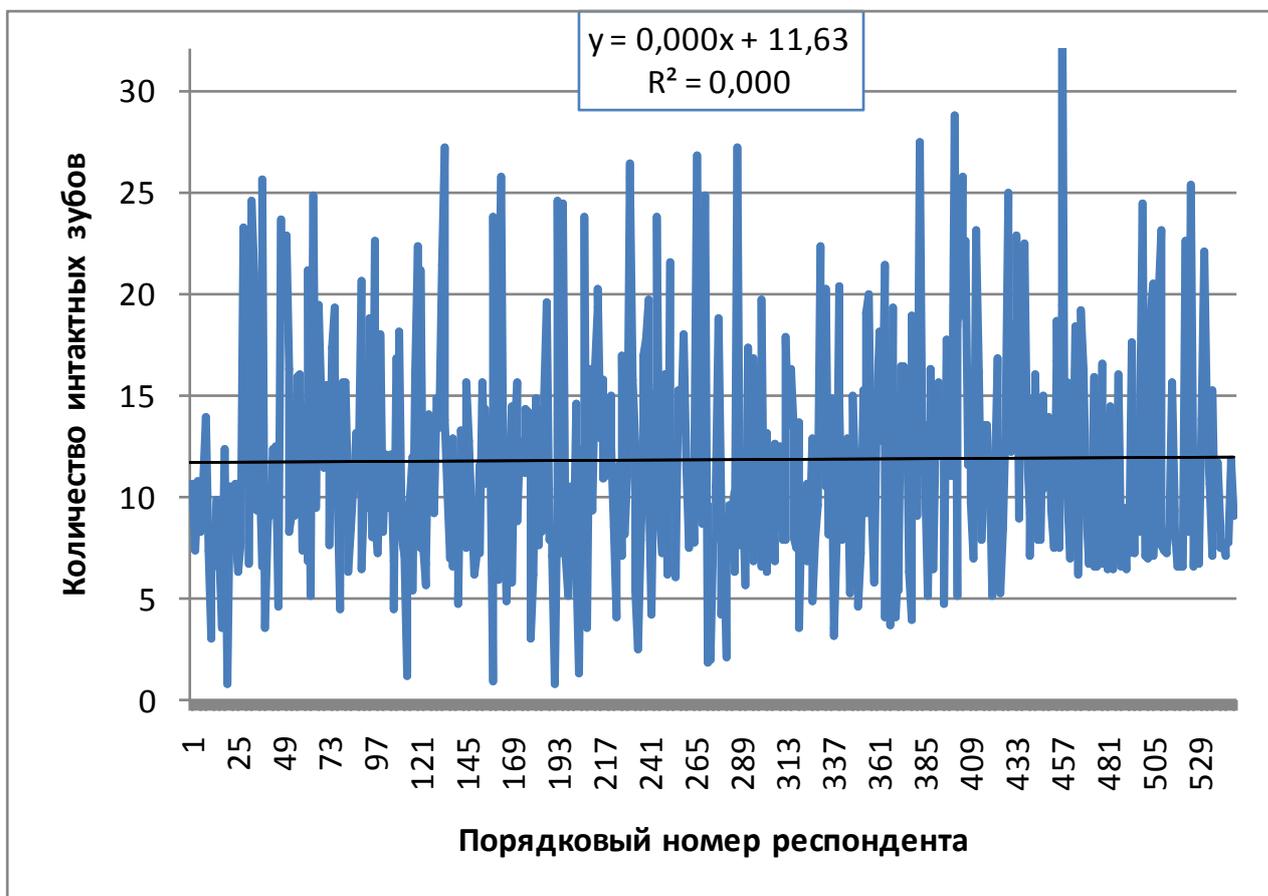


Рисунок 3.1.4. Выравнивание линии тренда, описывающей количество интактных зубов.

Тем не менее, рассмотреть основную тенденцию на графике «возраст-КИЗ» не удалось в связи с тем, что избыточный «статистический шум», вызванный индивидуальными особенностями респондентов, не позволял сформулировать четкий вывод. Вследствие этого значения КИЗ были подвергнуты сглаживанию. Стандартная методика скользящей средней¹⁷⁵, имеющей шаг, равный 45 ЕН, позволила получить график (рис. 3.1.5.), отображающий 11 основных точек, которые достаточно отчетливо характеризовали уровень СЗ в разных возрастных группах. Использованная

¹⁷⁵ Статистика. Метод скользящей средней. 2012 URL: <http://helpstat.ru/2012/02/metod-skolzyashhey-sredney/> (Дата обращения: 22.07.2013г.).

нами методика вращения основного графика при помощи соответствующей ЛТ позволила в определенном смысле нивелировать влияние возраста и возрастоассоциированных индикаторов на СЗ.

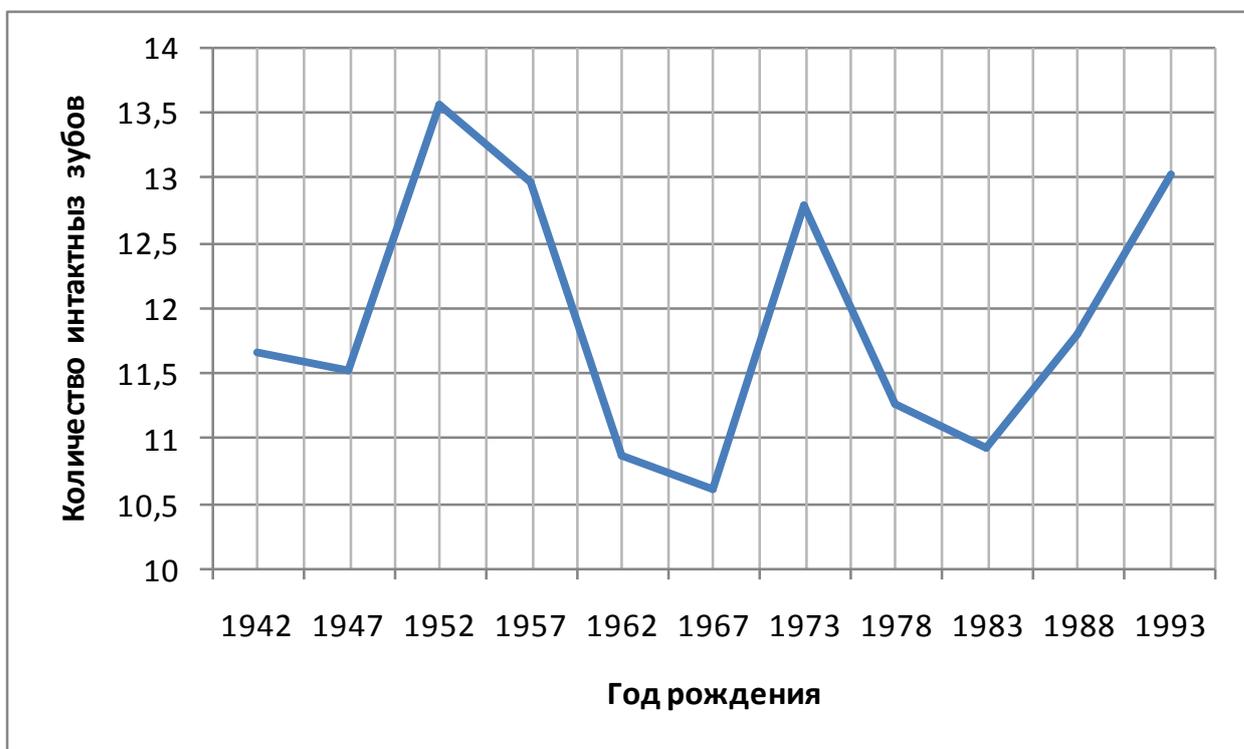


Рисунок 3.1.5. Зависимость количества интактных зубов от года рождения респондентов.

Выполненная нами статистическая процедура по своей сущности является разновидностью методологии стандартизации данных, особенностью которой является использование ЛТ КИЗ в выборке, ранжированной по возрасту. Структурные изменения выборки до и после стандартизации КИЗ по возрасту представлены в таблице 3.1.17.

Таблица 3.1.17.
Структура выборки по количеству интактных зубов (в %)

Номер группы	До стандартизации		После стандартизации		t-критерий достоверности разности P ₁ -P ₂
	P	±m	P	±m	
1-я группа (0-5 интактных зубов)	23,5	1,8	5,8	1,0	8,60
2-я группа (6-10 интактных зубов)	28,6	1,9	39,2	2,1	3,74
3-я группа (11-15 интактных зубов)	29,7	1,9	30,2	2,0	0,18

4-я группа (16-20 интактных зубов)	11,1	1,3	15,1	1,5	2,02
5-я группа (21-32 интактных зубов)	7,1	1,1	9,7	1,3	1,53
Всего	100,0		100,0		

Наиболее значимые изменения произошли в группе с минимальным количеством интактных зубов – она сократилась почти в 4 раза. 4-я и 5-я группы напротив – увеличились. Центр вращения (3-я группа) практически не изменился.

Из 37 факторных индикаторных групп (ИГ), заложенных в программу исследования, значимую корреляционную связь с КИЗ (КРК более 0,6) обнаружили 11 ИГ (табл. 3.1.18.), имеющих t-критерий достоверности разности соответствующих показателей 1-й и 5-й групп более 2,0 (вероятность ошибки менее 5%).

Таблица 3.1.18.

Структура и выраженность факторного ландшафта для результативного признака «Количество интактных зубов» до стандартизации (ранжировано по уменьшению значений в колонке №2)

Семантическая характеристика факторной группы	До стандартизации	
	Среднегрупповое значение t-критерия достоверности	Среднегрупповое значение силы связи
1	2	3
Экономическая факторная группа	4,40	0,97
Социальный статус	3,94	0,76
Ценностное пространство	3,21	0,80
Самосохранительная активность	3,19	0,85
Соматическое здоровье	3,08	0,76
Коммуникативная активность	2,90	0,79
Дефекты питания	2,89	0,77
Возрастоассоциированные признаки	2,83	0,73
Мотивационное поле	2,77	0,87
Психологические особенности личности	2,58	0,69
Производственные факторы	2,48	0,66

На основании данных табл. 3.1.18. можно заключить, что ведущее место ($t=4,40$) среди факторов СЗ при возрастной структуре, характеризующейся равновесной представительностью всех возрастов,

занимает экономическая факторная группа (ФГ). По величине t-критерия за ней следует родственная ФГ, характеризующая социальный статус респондентов ($t=3,94$). Замыкают пятерку лидеров ФГ «Ценностное пространство», «Самосохранительная активность» и «Показатели соматического здоровья» ($t=3,21$; $3,19$ и $3,08$ соответственно). Выравнивание по возрасту ЛТ КИЗ позволило получить несколько другое распределение (табл. 3.1.20.). Наиболее важными для СЗ оказались индикаторы из ФГ «Ценностное пространство» ($t=3,17$). Также как и в предыдущей таблице ФГ «Самосохранительная активность» и «Показатели соматического здоровья» оказались сцепленными с характеристиками ценностного пространства ($t=2,63$ и $2,58$ соответственно).

Таблица 3.1.20.

Структура и выраженность факторного ландшафта для результативного признака «Количество интактных зубов» после стандартизации (ранжировано по уменьшению значений в колонке №2)

Семантическая характеристика факторной группы	После стандартизации	
	Среднегрупповое значение t-критерия достоверности	Среднегрупповое значение силы связи
1	2	3
Ценностное пространство	3,17	0,88
Самосохранительная активность	2,63	0,88
Соматическое здоровье	2,58	0,72
Социальный статус	2,55	0,82
Мотивационное поле	2,42	0,90
Коммуникативная активность	2,35	0,83
Производственные факторы	2,33	0,80
Возрастоассоциированные признаки	2,32	0,83
Экономическая факторная группа	2,30	0,83
Психологические особенности личности	2,19	0,92
Дефекты питания	2,15	0,87

Замыкают пятерку важнейших ФГ СЗ при неизменной возрастной структуре «Социальный статус» и «Мотивационное поле» ($t=2,55$ и $2,42$ соответственно).

Выводы:

1. Более 70% репрезентативной выборки взрослого населения не обращались за помощью в стоматологические лечебно-профилактические учреждения даже при наличии у них серьезных заболеваний зубов и полости рта. Средневыборочная потребность в лечении кариеса составила 3,9 зуба на 1 осмотренного. 68% обследованных нуждались в услугах врача-стоматолога-ортопеда. Объем оказанной пациентам ортопедической помощи составил на момент осмотра менее 50% от потребности.
2. С точки зрения регулирования стоматологического здоровья наиболее перспективными направлениями медико-социальных исследований являются такие, которые включают анализ мотивационно-ценностной и социально-экономической сфер.

3.2. Основные характеристики аксиологического пространства стоматологических пациентов.

В период становления новых экономических отношений наиболее остро проявило себя наблюдающееся в России противоречие между высокой распространенностью стоматологических заболеваний и низкой обращаемостью населения в стоматологические лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ)¹⁷⁶. Неслучайным нам кажется отказ современных медицинских законодателей от термина ЛПУ, введенного в широкий обиход немногим менее 100 лет назад Н.А.Семашко. Отечественная медицина традиционно славилась разработками профилактического направления во всех отраслях здравоохранения, включая стоматологическую службу. Однако за годы застоя у населения и медицинских работников произошло значительное снижение ценности здоровья и дезактуализация профилактических мероприятий. Возможно, это было обусловлено ухудшением социально-экономических условий, атмосферой тотального кризиса, коллапсом союзного государства, формированием аномальной парадигмы здоровья, которая не смогла противостоять доминированию краткосрочных прагматических компонентов. Никто не хотел инвестировать средства в то, что раньше доставалось бесплатно, тем более не велось разговоров о долгосрочных инвестициях. Даже такое простое понятие как «медицинская услуга» до сих пор не укладывается в сознании многих отечественных врачей и пациентов. При этом объективные экономические законы перестают действовать в условиях современной России, т.е. очень высокая потребность в стоматологической помощи не рождает спроса. Многие стоматологические МО, не проработав и года, вынуждены закрываться. Гипотетическое отображение медико-социальной

¹⁷⁶ Худоногов И.Ю. Маркетинговые исследования потребителей стоматологических услуг в государственных и частных медицинских учреждениях / И.Ю. Худоногов, Н.А.Кудинова, О.А. Осадчук // Молодой организатор здравоохранения: Сб. науч. ст. студентов и молодых учёных, посвящ. памяти проф. В. К. Сологуба / отв. ред. М.М. Петрова. – Красноярск: Версо, 2012. – С. 398-402.

действительности переходного периода в РФ может быть выполнено в рамках теории функциональных систем (ФС) П.К. Анохина¹⁷⁷, которая определила взаимосвязь пространственных структур с циркулирующей в них информацией. Так, «память», «обстановочная афферентация», «пусковой стимул», «доминирующая мотивация», «афферентный синтез», «принятие решения», «программа действия», «действие», «результат действия», «параметры результата», «обратная афферентация» и «акцептор результата действия» являются смысловыми характеристиками информационных потоков, жестко детерминированных опорно-двигательным аппаратом, различными отделами головного и спинного мозга, а также органами чувств, которые составляют неделимую целостность – человеческий организм. С учетом концепции ФС все медико-социальные процессы, протекавшие в доперестроечной России, можно рассматривать как иллюстрацию важного с точки зрения нашего исследования социально-психологического явления – диссоциации информационного пространства (ДИП). Представители одних социальных структур осуществляли функцию афферентации, другие разрабатывали программу действия, третьи действовали, четвертые оценивали – достигнут ли результат действия и т.д. При этом в целом для социальной системы результат не достигался. ДИП приводила к ситуации, при которой каждому отдельно взятому индивидууму недоставало властных полномочий, практически вся ответственность за управленческие решения была сконцентрирована вне личности, т.е. так, как принято в обществах, находящихся на стадии развития, соответствующей механической солидарности, при том, что внешне все выглядело наоборот – налицо четкое распределение функций. Отсюда следует предположение: органическая социальная солидарность не может быть достигнута в результате разделения труда (наличия различных социально-профессиональных групп), если при

¹⁷⁷ Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. / П.К. Анохин. - М.: Медицина, - 1975, - 231-232 с.

этом не осуществлен процесс ассоциации компонентов информационного пространства (АКИП) внутри каждого элемента социума (внутри каждого индивида). Отметим, что АКИП – очень продолжительный процесс. Так, его завершение в РФ потребует времени, сравнимого с жизнью нескольких поколений россиян.

С учетом сказанного выше наше исследование, опирающееся на данные клинического осмотра и результаты применения социологического инструментария, было посвящено оценке аксиологической основы процесса потребления медицинских услуг в стоматологическом секторе здравоохранения, призванной объяснить несоответствие спроса и предложения.

Рабочая гипотеза настоящего раздела изучения факторов стоматологического здоровья и самосохранительной активности в сфере здоровья зубов и полости рта базировалась на предположении, что процесс принятия решения пациент осуществляет в конкретных социально-экономических, социально-психологических и медико-социальных условиях. При этом медико-информационные воздействия (МИВ), т.е. то, что в советский период было принято называть санитарно-просветительная работа (СПР), являются основными инструментами модификации самосохранительного поведения (СП) стоматологических пациентов, т.е. базовой частью самосохранительной технологии, реализуемой медицинскими работниками. В соответствии с вышесказанным МИВ требует своей регламентации, стандартизации и включения в федеральную и региональные программы государственных гарантий, т.е. соответствующей технической, кадровой и финансовой поддержки¹⁷⁸. При этом содержательная часть прежних (традиционных) МИВ не отвечает сегодняшним требованиям, предъявляемым к информационно-медицинским

¹⁷⁸ Хлынин С.В. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта на муниципальном уровне: Автореф. дисс. канд. мед. наук. / С.В. Хлынин. - СПб., 2011. - 23 с.

технологиям, ориентированным на интенсивное мотивирование СП и повышение рангового места «здоровья» в иерархии ценностей. Прежде всего, это было связано с тем, что внутренний мир потенциальных пациентов исследовался недостаточно подробно, особенно на групповом уровне и особенно в части ценностных ориентаций. В указанном контексте нам было интересно определить исходный фон, или значимость количественных характеристик ценностного пространства (ЦП) респондентов. До сих пор недостаточно понятно, почему один человек стремится к осуществлению 2-3-х позиций из своего ЦП, а другому и 10 позиций недостаточно для выражения своих амбиций, и какое значение имеет ЦП для самосохранительной активности в стоматологической сфере и для собственно стоматологического здоровья.

Отдельных комментариев требует методический подход, в соответствии с которым был осуществлен переход от ЦП отдельно взятого индивида к ценностной матрице (ЦМ) определенной социальной группы. Понятие матрицы обычно ассоциируется с пространственным образованием, имеющим длину и ширину. В масштабах выполненного исследования за понятие «ширина» мы принимали последовательность субиндикаторов, характеризующих ЦП («любовь», «свобода», «здоровье», «достаток» и т.д.), которые респондент может отметить (единица), а может проигнорировать (ноль). Таких ячеек в понятии «ширина» было 19, т.е. по 1 ячейке на каждую ценностную ориентацию.

«Длина» ЦМ складывалась из данных опроса каждого респондента, т.е. один участник опроса обеспечивал заполнение одной строки матрицы. Соответственно 10 опрошенных позволяли анализировать ЦМ, состоящую из 190 ячеек, часть из которых была заполнена единицами, часть была пуста. Общий подсчет единиц данной матрицы позволял говорить о количественной стороне аксиологического (ценностного) пространства целой группы респондентов, чьи ответы были положены в основу описываемой ЦМ.

Также к объектам исследования была отнесена последовательность факторно-результативных взаимодействий, начинающихся с возникновения потребности в лечении зубов и заканчивающихся посещением или не посещением кабинета врача-стоматолога. Данные о стоматологическом здоровье и потребности в стоматологических услугах, полученные в результате осмотра врачами-стоматологами, свидетельствовали о том, что все 549 респондентов нуждались в тех или иных видах стоматологических услуг. Для определения роли ценностного пространства в сложившейся медико-социальной ситуации был применен методический аппарат группировки выборки по признаку размера ЦП. Так, респонденты были распределены в 3 группы (табл. 3.2.1.).

Таблица 3.2.1.

Структура выборки по критерию размера ценностного пространства

Количественная характеристика ценностной матрицы	1-я группа (4 и менее позиций)		2-я группа (5-7 позиций)		3-я группа (8-16 позиций)	
	P	±m	P	±m	P	±m
Удельный вес группы в структуре всей выборки	19,4	1,7	70,5	2,0	10,1	1,3

1-я группа – это участники опроса, которые имеют 4 и менее условных единиц (У.Е.) ЦП (19,4% выборки). 1 У.Е. ЦП равна 1 пункту (1 ценностному приоритету, отмеченному в анкете). 70,5% респондентов (подавляющее большинство) выбрали от 5 до 7 пунктов из предлагаемого перечня ценностей (2-я группа). 3-я группа – 10,1% выборки, все они отметили в анкете от 8 до 16 ценностных ориентаций из 19 возможных. Ошибка репрезентативности (m) рассчитывалась для всех средних и относительных величин¹⁷⁹. Параметрический критерий достоверности Стьюдента (t) применялся в ситуации, когда требовалось выполнить сравнение среднегрупповых показателей. Если показатель имел устойчивую тенденцию к росту или

¹⁷⁹ Элланский Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 1. / Ю.Г. Элланский, И.В. Дударев, И.А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 144 с.

снижению, определялась достоверность разницы крайних величин: $P(M)$ 1-й группы минус $P(M)$ 3-й группы.

Оценка результатов группировки производилась в порядке заполнения анкеты, т.е. с паспортной части, которая включала медико-демографические характеристики. Так, средний возраст выделенных групп не имел достоверных различий ($t < 2,0$) и составил в 1-й группе 44,4 лет, во 2-й и 3-й соответственно 41,0 и 39,9 лет. Также не было установлено значимых различий: в половой структуре групп (мужчины составляли 36,8-40,7% от численности каждой группы). Некоторые антропометрические и экономические характеристики групп (табл. 3.2.2.) имели сходные значения.

Таблица 3.2.2.

Некоторые антропометрические и экономические характеристики респондентов из групп с различным размером ценностного пространства

Индикатор	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t_M	КРК _M
	M	$\pm m$	M	$\pm m$	M	$\pm m$		
Средний доход на одного члена семьи в месяц (в руб.)	14477,1	812,4	14718,2	437,8	16682,7	1712,7	1,16	0,91
Рост (в см)	168,2	0,7	169,8	0,5	169,1	1,3	0,54	0,54
Вес (в кг)	69,7	1,3	70,1	0,7	70,5	2,2	0,31	1,00

Тем не менее, если в усредненных показателях роста и веса респондентов (от 168,2 до 169,1 см и от 69,7 до 70,5 кг) трудно усмотреть какую-либо тенденцию, то в средних доходах на 1 респондента в месяц (14477,1; 14718,2 и 16682,7 руб. в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно) явно просматривается рост (КРК=0,91). По поводу практически равной общей среднегрупповой суммы расходов на стоматологическое лечение за последний год (5631,4; 5651,0; 5260,5 руб.) можно заметить, что процентная доля респондентов, которые осуществляют упомянутые траты, распределилась следующим образом: 1-я группа - 66,7%; 2-я группа - 84,4%; 3-я группа - 81,5%. С экономической точки зрения (табл. 3.2.3.) респонденты 1-й группы

Таблица 3.2.3.

Покупательная способность респондентов из групп с различным размером ценностного пространства в медико-стоматологическом секторе экономики

Экономический индикатор	1-я группа		2-я группа		3-я группа		$t_{M(P)}$	КРК _{M(P)}
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
Общая сумма расходов на стоматологическое лечение в руб. за последний год	5631,4	842,0	5651,0	352,5	5260,5	1056,7	0,3	-0,84
Доля лиц, подтвердивших расходы	66,7	4,4	84,4	1,9	81,5	5,3	2,2	0,78
Среднегрупповая покупательная способность в руб. за последний год	3756,1		4769,4		4287,3			

приобретают за год на 12% меньше стоматологических услуг, чем респонденты из 3-й группы и на 21% меньше, чем их коллеги из 2-й группы.

Группировка, выполненная по критерию размера ЦП, позволила также обнаружить достоверные различия в уровне образования респондентов (табл. 3.2.4.) самые значимые различия ($t=3,0$) были установлены в категории

Таблица 3.2.4.

Образовательный уровень респондентов из групп с различным размером ценностного пространства

Образовательный индикатор	1-я группа		2-я группа		3-я группа		$t_{M(P)}$	КРК _{M(P)}
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
1 - начальное и ниже,	0,9	0,9	0,8	0,5	0,0	0,0	1,0	-0,90
2 - неполное среднее,	5,1	2,0	4,0	1,0	9,3	3,9	0,9	0,74
3 - среднее общее,	18,2	3,4	10,8	1,6	3,7	2,6	2,9	-1,00
4 - среднее специальное,	31,4	4,3	15,3	1,9	12,1	4,6	2,8	-0,92
5 - незаконченное высшее,	6,8	2,3	13,2	1,7	25,9	6,0	3,0	0,98
6 - высшее.	37,6	4,5	55,9	2,6	49,0	6,8	1,5	0,74
Среднебалльный уровень образования	4,6	0,2	4,9	0,1	5,1	0,2	1,82	1,00

«незаконченное высшее» 6,8; 13,2 и 25,9% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Обратное распределение отмечалось в категориях «среднее общее» и «среднее специальное» образование: 18,2%; 10,8%; 3,7% и 31,4%;

15,3%; 12,1%; t-критерий Стьюдента равнялся соответственно 2,9 и 2,8. Для объективной оценки уровня образования групп нами применялся способ расчета среднебалльных оценок, при котором каждой последующей образовательной ступени присваивался ранг на единицу больше предыдущего. Например, начальное образование и ниже – 1 балл, неполное среднее – 2 балла и т.д. Указанный способ позволил с высокой степенью достоверности ($t \rightarrow 2$) утверждать, что приращение образования ведет к расширению ЦП.

Оценивая профессиональную деятельность с точки зрения нормирования рабочего времени, признавали свою работу неритмичной 6,0%; 11,4% и 18,5% ($t=2,2$) респондентов 1-й, 2-й и 3-й группы соответственно. При этом оценивали состояние своего здоровья как «Отличное» 1,7; 5,3; 14,8% каждой группы ($t=2,6$). Наблюдаемая разнонаправленность последующих самооценок привела к необходимости расчета среднебалльного уровня здоровья групп (табл. 3.2.5.) по описанной выше методике («Очень плохое здоровье» – 1 балл, «Отличное» – 5 баллов).

Таблица 3.2.5.

Самооценка здоровья респондентов из групп с различным размером ценностного пространства

Индикатор самооценки здоровья	1-я группа		2-я группа		3-я группа		$t_{M(P)}$	КРК $M(P)$
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
Отличное	1,7	1,2	5,3	1,2	14,8	4,8	2,63	0,97
Хорошее	31,6	4,3	46,6	2,6	35,2	6,5	0,46	0,23
Удовлетворительное	45,3	4,6	35,2	2,5	38,9	6,6	0,79	-0,63
Плохое	10,3	2,8	6,3	1,3	7,4	3,6	0,63	-0,70
Очень плохое	1,7	1,2	0,5	0,4	1,9	1,8	0,07	0,10
Среднебалльное значение самооценки	3,0	0,1	3,3	0,1	3,5	0,1	2,52	0,98

Достоверность среднебалльной самооценки здоровья ($t=2,52$) в пользу группы №3 не вызывает сомнения. Однако конкретное перечисление болезней (табл. 3.2.6.) показало, что респонденты 3-й группы склонны преувеличивать уровень своего здоровья. Среднегрупповая накопленная заболеваемость

Таблица 3.2.6.

Самооценка накопленной заболеваемости респондентов из групп с
различным размером ценностного пространства

Индикатор самооценки здоровья	1-я группа		2-я группа		3-я группа		$t_{M(P)}$	КРК $M(P)$
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
Инфекционные и паразитарные болезни	1,7	1,2	0,5	0,4	3,7	2,6	0,70	0,62
Анемии	1,7	1,2	2,6	0,8	0,0	0,0	1,43	-0,64
Прочие болезни крови	0,9	0,9	1,3	0,6	3,7	2,6	1,05	0,93
Психические расстройства и расстройства поведения	1,7	1,2	1,6	0,6	3,7	2,6	0,70	0,84
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,8	2,3	7,7	1,4	5,6	3,1	0,33	-0,60
Ишемическая болезнь сердца	11,1	2,9	7,7	1,4	14,8	4,8	0,66	0,52
Артериальная гипертензия	20,5	3,7	16,7	1,9	13,0	4,6	1,28	-1,00
Цереброваскулярные болезни	2,6	1,5	0,8	0,5	1,9	1,8	0,30	-0,40
Прочие болезни системы кровообращения	3,4	1,7	3,2	0,9	7,4	3,6	1,01	0,84
Болезни нервной системы	4,3	1,9	3,4	0,9	7,4	3,6	0,78	0,75
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,6	1,5	1,9	0,7	1,9	1,8	0,30	-0,87
Болезни органов пищеварения	25,6	4,0	24,6	2,2	20,4	5,5	0,77	-0,94
Сахарный диабет	9,4	2,7	10,1	1,5	5,6	3,1	0,93	-0,79
Тиреотоксикоз	2,6	1,5	1,1	0,5	0,0	0,0	1,75	-0,99
Ожирение	5,1	2,0	4,2	1,0	9,3	3,9	0,93	0,77
Прочие болезни эндокринной системы и обмена веществ	6,0	2,2	7,1	1,3	5,6	3,1	0,11	-0,26
Болезни органов дыхания	9,4	2,7	4,8	1,1	7,4	3,6	0,45	-0,43
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,7	1,2	2,6	0,8	7,4	3,6	1,52	0,93
Болезни мочеполовой системы	4,3	1,9	6,6	1,3	9,3	3,9	1,14	1,00
Врожденные аномалии	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	*	0,00

Новообразования	4,3	1,9	1,3	0,6	0,0	0,0	2,29	-0,98
Болезни костно-мышечной системы	12,0	3,0	13,0	1,7	11,1	4,3	0,16	-0,46
Травмы отравления	4,3	1,9	3,2	0,9	9,3	3,9	1,14	0,77
Другое (впишите)	0,9	0,9	0,8	0,5	0,0	0,0	1,00	-0,90
Всего	142,9	10,4	127,3	5,4	148,5	15,7	0,30	0,25

* - не определяется для нулевых значений.

в 3-й группе имела наивысшее значение – 148,5 случаев на 100 опрошенных. Эта величина не имела достоверных отличий от соответствующих величин в группах №№ 1 и 2. Объективная оценка стоматологического здоровья (СЗ) была получена в результате определения индекса «кариес-пломба-удаление» (КПУ). Наилучшее СЗ (КПУ=17,3) имели респонденты 2-й группы (размер ЦП составил 5-7 условных единиц (УЕ)). 3-я группа заняла следующее ранговое место (КПУ=18,6; ЦП равнялось 8-16 УЕ), и замыкает иерархию группа 1 (КПУ=19,4; ЦП не превышало 4 УЕ).

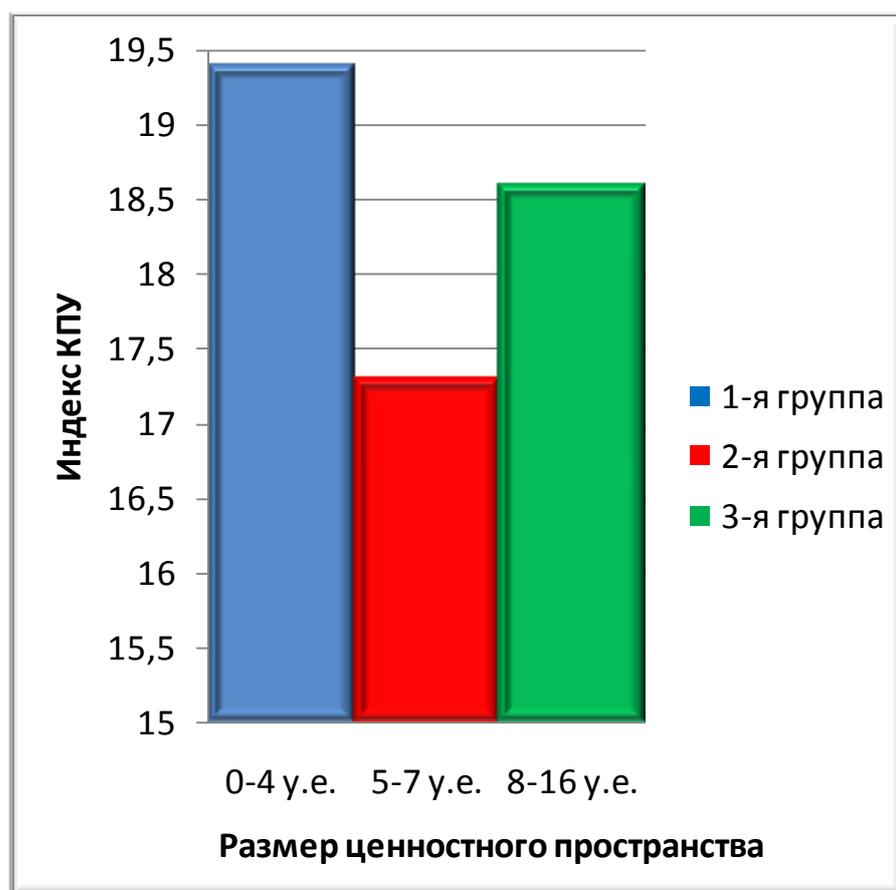


Рисунок 3.2.1. Характеристика стоматологического здоровья групп с различным размером ценностного пространства.

Суммарная самосохранительная активность респондентов из 3-й группы более чем на 50 и 80% превышала таковую во 2-й и 1-й группах соответственно ($t=4,54$). Около 20-27% респондентов всех групп ничего не делают для сохранения своего здоровья (табл. 3.2.7.).

Таблица 3.2.7.

Основные характеристики самосохранительного поведения респондентов из групп с различным размером ценностного пространства

Индикатор самосохранительной активности	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t_p	КРК _p
	P	$\pm m$	P	$\pm m$	P	$\pm m$		
Занимаюсь спортом.	6,0	2,2	13,5	1,8	27,8	6,1	3,36	0,98
Принимаю витамины.	6,8	2,3	10,8	1,6	20,4	5,5	2,27	0,97
Сбалансировано питаюсь.	3,4	1,7	4,0	1,0	13,0	4,6	1,96	0,89
Регулярно посещаю врача.	13,7	3,2	13,0	1,7	25,9	6,0	1,81	0,84
Качественно питаюсь.	0,9	0,9	6,9	1,3	5,6	3,1	1,45	0,74
Веду физически активный образ жизни	30,7	3,3	29,9	1,8	44,5	5,7	1,05	0,77
Соблюдаю режим дня.	6,8	2,3	7,7	1,4	11,1	4,3	0,88	0,94
Другое	0,9	0,9	0,5	0,4	1,9	1,8	0,49	0,72
Воздерживаюсь от вредных привычек.	35,0	4,4	49,2	2,6	37,0	6,6	0,25	0,13
Суммарная самосохранительная активность	104,2	8,4	135,5	5,2	187,2	16,2	4,54	0,99
Ничего не делаю для сохранения здоровья	27,4	4,1	20,4	2,1	24,1	5,8	0,46	-0,47

Анализируя отдельные позиции можно утверждать, что исследуемые группы достоверно отличалось лишь по таким индикаторам как «Занимаюсь спортом» и «Регулярно принимаю витамины». Распределение процентной доли характеризовалось соответствующими последовательностями: 6,0; 13,5; 27,8% ($t=3,4$) и 6,8; 10,8; 20,4% ($t=2,3$).

Значимые различия между группами были выявлены в мотивационной сфере (табл. 3.2.8.).

Таблица 3.2.8.

Мотивационная сфера самосохранительного стоматологического поведения респондентов из групп с различным размером ценностного пространства (ранжировано по величине t-критерия)

Мотиватор	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _{P1-P3}	КРК _P
	P	±m	P	±m	P	±m		
Эстетика (хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола);	12,8	3,1	28,3	2,3	42,6	6,7	4,02	1,00
Престиж (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе);	0,9	0,9	14,0	1,8	13,0	4,6	2,60	0,83
Я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем;	17,1	3,5	20,6	2,1	31,5	6,3	1,99	0,96
Посещение стоматолога входит в мой стереотип поведения;	0,9	0,9	3,2	0,9	5,6	3,1	1,45	1,00
Мне нужно чем-то пережевывать пищу;	28,2	4,2	27,2	2,3	18,5	5,3	1,44	-0,91
Выполняю распоряжение моего агента влияния (мужа);	0,0	0,0	0,5	0,4	3,7	2,6	1,44	0,92
Процесс лечения зубов доставляет мне удовольствие;	1,7	1,2	0,3	0,3	0,0	0,0	1,43	-0,93
Меня беспокоит неприятный запах изо рта;	12,8	3,1	21,7	2,1	20,4	5,5	1,20	0,79
Мое настроение;	1,7	1,2	2,4	0,8	5,6	3,1	1,15	0,94
Здоровые и красивые зубы помогают мне зарабатывать на жизнь и комфорт в быту;	0,9	0,9	2,6	0,8	3,7	2,6	1,05	0,99
Страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем;	15,4	3,3	14,8	1,8	11,1	4,3	0,79	-0,92

Самосохранительный: я очень дорожу моим здоровьем;	22,2	3,8	36,5	2,5	27,8	6,1	0,77	0,39
Пополняю личные самосохранительные знания и умения;	0,9	0,9	0,0	0,0	1,9	1,8	0,49	0,54
Другой	0,9	0,9	0,0	0,0	1,9	1,8	0,49	0,54
Желание избавиться от зубной боли;	35,0	4,4	37,8	2,5	31,5	6,3	0,46	-0,56
Хочу узнать подробности своего стоматологического здоровья;	2,6	1,5	2,4	0,8	3,7	2,6	0,39	0,80
Корпоративный: а) как все, так и я;	1,7	1,2	2,1	0,7	1,9	1,8	0,07	0,34
Мне нравится психологический климат в этом леч.-проф. учреждении;	1,7	1,2	1,3	0,6	1,9	1,8	0,07	0,26
Возможность управления собственным стоматологическим здоровьем;	1,7	1,2	1,9	0,7	1,9	1,8	0,07	0,87
Мне так нравится;	0,0	0,0	1,6	0,6	0,0	0,0	*	0,00
Выполняю распоряжение моего агента влияния (жены);	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	*	0,00
Суммарное мотивационное поле	159,1	10,4	219,5	6,6	228,2	17,8	3,36	0,92

* t-критерий не определялся в связи с отсутствием данных.

При этом необходимо упомянуть, что никакая, даже самая дорогостоящая и высокотехнологичная стоматологическая помощь сама по себе не способна снизить стоматологическую заболеваемость. Особенно это касается России, т.е. страны, которая по праву считается родоначальницей научной медико-социальной профилактики. Однако последние годы показывают, что роль государства в этом процессе является первостепенной, и не только потому, что оно обеспечивает стабильность и размер финансового потока в здравоохранение¹⁸⁰. Этого, как ни странно, оказалось недостаточно. Высококвалифицированные профессионалы и широкие слои

¹⁸⁰ Вялков А.И. Состояние системы управления качеством в здравоохранении. / А.И. Вялков, П.А.Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. - №12. – С. 3-8.

населения, нуждающегося в медицинской помощи, не смогли самостоятельно эффективно взаимодействовать^{181, 182, 183}. Приведем пример из сферы соблюдения личной гигиены и своевременного обращения к врачу. Из-за низкой мотивированности, отсутствия персональной ответственности за свое здоровье и неспособности потенциальных пациентов адекватно оценить риски медицинская, социальная и экономическая эффективность системы оказания стоматологической помощи резко снижается^{184, 185}. Гигиенический раздел медицинских услуг не только не считается основой, но практически не отражен в программах государственных гарантий на федеральном и региональном уровнях^{186, 187, 188, 189}. При этом никто не оспаривает важность регулярных посещений стоматолога и профессионального ухода за полостью рта. Подавляющая часть стоматологического сообщества (82,8%)¹⁹⁰ считает, что из 3-х основных фигурантов – населения, медицинских работников и государства, лишь последнее способно обеспечить становление новой здоровьесберегающей

¹⁸¹ Яблокова Н.А., Севбитов А.В. Роль радиационного фактора в формировании стоматологической заболеваемости детского населения. / Н.А. Яблокова, А.В. Севбитов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - Т. 57. - № 6. - С. 82-87.

¹⁸² Gallagher JE Special care dentistry: a professional challenge. / JE Gallagher, J.Fiske //British Dental Journal - 2007, - vol. (202) - P.619-209.

¹⁸³ Gilmore D. A comparison of the impact of information from a clinician and research-based information on patient treatment choice in dentistry. / D Gilmore, P Sturmeу, JT Newton. //J Public Health Dent – 2006 - vol. 66 – P. 242-247.

¹⁸⁴ Элланский Ю.Г. Состояние и тенденции в изменении здоровья населения ЮФО. / Ю.Г.Элланский, В.Н.Чернышов, и др. // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Р/Д, 2004. – С.29-31.

¹⁸⁵ Элланский Ю.Г. Современные проблемы управления качеством медицинской помощи. / Ю.Г. Элланский, В.Н. Чернышов, И.А. Пакус, Р.А. Тлепцеришев // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Ростов-на-Дону. 2004. – С. 3-5.

¹⁸⁶ Blinkhorn AS A cluster randomized controlled trial of the value of dental health educators in general health practice. / AS Blinkhorn, D Gratrix, PJ Holloway, YM Wainwright-Stringer, SJ Ward, HV Worthington.// Br Dent J - 2003 - vol. 195 – P. 395-400.

¹⁸⁷ Chalmers JM Public health issues in geriatric dentistry in the United States. / JM Chalmers, RL.Ettinger //Dent Clin N Am. – 2008 - vol.52 - P. 423-446.

¹⁸⁸ Clu D. The oral health of homeless adolescents and young adults and determinants of oral health: preliminary findings / D. Clu, P. Milgrom // Spec. Care Dentist. – 2008. – vol.28 - №6. – P. 237-242.

¹⁸⁹ Whelton H, O'Mulaine DM. Public health aspects of oral diseases and disorders- dental caries. In: Pine C and Harris R (eds). / H Whelton, DM. O'Mulaine // Community Oral Health. Quintessence Publishing Co. Ltd. - 2007, - P 165-176.

¹⁹⁰ Философский энциклопедический словарь. / Советская энциклопедия. - М. 1983 URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/4819/ (Дата обращения 01.11.2013г).

идеологии, призванной объединить науку и практику, современную социальную и стоматологическую медицины в России¹⁹¹.

Выводы:

1. Суммарная самосохранительная активность 3-й группы почти в 2 раза превышает таковую в 1-й группе ($t=4,54$).
2. Ничего не делают для сохранения своего здоровья от 20 до 27% респондентов независимо от номера группы.
3. По субиндикаторам «Хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола» и «Иметь здоровые и красивые зубы – это сейчас высоко ценится в обществе» процентные доли мотивов увеличиваются по мере роста ценностного пространства. Значения 1-го и 2-го субиндикаторов соответственно росту номера группы: 12,8; 28,3; 42,6% ($t=4,0$) и 0,9; 14,0; 13,0% ($t=2,6$).
4. При анализе суммарных характеристик групп четко прослеживается связь между размерами ценностного и мотивационного полей ($t=3,4$).

¹⁹¹ Элланский Ю.Г. Качество медицинской помощи, его оценка и организация контроля в системе здравоохранения. Уч. пособие. / Ю.Г.Элланский, Т.Ю.Быковская, В.Н.Калашников. и др Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2008. – 80 с.

3.3. Экономическая доступность стоматологической помощи.

Уже во времена палеолита, а возможно и задолго до появления первых представителей вида *Homo Sapiens*, социальная среда структурировала первобытное общество, формировала различные социальные роли (СР), или модели поведения человека, объективно заданные социальной позицией личности в системе социальных, общественных и личных отношений. СР обычно выражаются действием в определенной социальной позиции агента. Другими словами, СР – это поведение, которое ожидается от человека, занимающего некоторый статус¹⁹². Совокупность взаимосвязанных статусов, составляющих внутреннее строение общества, обычно трактуется как социальная структура. При этом понятие "социальная структура" применяется в представлениях об обществе как о социальной системе, в которой социальная структура обеспечивает внутренний порядок соединения элементов, а окружающая среда устанавливает внешние границы системы¹⁹³. В историческом контексте меняющееся социальное пространство требовало от человека то одни качества, то совершенно противоположные. Ему приходилось вырабатывать различные стереотипы поведения, следовать различным жизненным стратегиям. В любом случае эта стратегия тесно увязывалась с господствующей в обществе идеологией и системой ценностей. За 70 лет советской власти в России был воспитан так называемый «советский человек» или строитель коммунизма. Сегодня мы являемся свидетелями грандиозного по своим масштабам процесса формирования человека нового социального типа, который должен выживать в новой социальной действительности. При этом одним из наиболее важных факторов гомонеогенеза (создания нового человека) является экономическая стратификация общества. За более чем 20-летний период можно достаточно

¹⁹² Громов И. А. Западная социология. / И. А. Громов, И. А. Мацкевич, В. А. Семёнов. – СПб.: ООО «Издательство ДНК», 2003. – 537 с.

¹⁹³ Деревянченко С.П. Гендерная социализация в семье как фактор здоровьесберегающего поведения в стоматологии. / С.П. Деревянченко, Р.Э. Кесаева, Е.Е. Маслак // Социология медицины. – 2006. - №1. – С.56-61.

отчетливо увидеть результаты гомонеогенеза, особенно в тех социальных группах, которые достаточно далеко продвинулись в направлении экономического процветания, в том числе в медико-социальной сфере. Наиболее адекватными индикаторами процесса гомонеогенеза являются результаты жизнедеятельности указанных групп.

Расслоение некогда однородного российского общества является одной из особенностей отечественного социального развития в отличие от западных демократий, где процесс, обозначаемый термином «социальная стратификация» (СС), известен не одно столетие^{194, 195}. Обычно понятие СС применяется для обозначения структурированного социального неравенства, выражается она в формировании условий, при которых социальные группы имеют неравный доступ к таким социальным благам, как деньги, власть, престиж, образование, информация, профессиональная карьера, самореализация и т.п. Кроме того, социальное неравенство может проявляться как неравные возможности (или неравное вознаграждение за одни и те же усилия или достижения) не только для социальных групп, но и для отдельных людей внутри группы. Однако в контексте нашего исследования СС рассматривается, главным образом, не как систематически проявляющееся и долгосрочное неравенство между группами людей, возникающее как непреднамеренное следствие социальных отношений и воспроизводящееся в каждом следующем поколении, а как новое для Российской Федерации явление, которое появилось по историческим меркам относительно недавно (в 1992-1995 годах) и не отличается высокой степенью структурированности. В отличие от социальной структуры, возникшей на заре человечества и вызванной общественным разделением труда, СС возникает в связи с общественным распределением результатов труда, то есть материальных благ. При этом выделение социальных групп следует

¹⁹⁴ Гуренкова О.В. Анализ динамики изменения экономической стратификации современного российского общества / О.В. Гуренкова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011. № 1(05). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-gu/issues/2011/01/1.pdf> (Дата обращения: 20.05.2011)..

¹⁹⁵ Ильин В.В. Аксиология / В.В. Ильин– М.: Изд-во МГУ. – 2005. – 216 с.

осуществлять на основе соответствующих критериев. Для характеристики социальной структуры наиболее адекватны социально-профессиональные индикаторы, а для начальных этапов СС – экономические индикаторы. Несмотря на формальную разнородность указанных понятий, они являются надстройками базисного процесса развития экономики нашей страны. При этом вследствие все увеличивающейся специализации труда индивиды вынуждены обмениваться своей деятельностью, выполнять взаимодополняющие функции, невольно составляя единое целое. Но если при механической солидарности, присущей традиционному, архаическому обществу, индивид не принадлежал сам себе, коллективное сознание почти целиком покрывало индивидуальные особенности, то при органической солидарности, порождаемой разделением общественного труда, происходит развитие личности, ее непохожести на другие личности. Индивид самостоятельно осознает свою зависимость от общества, которая раньше поддерживалась репрессивными мерами. Переход от механической солидарности к органической представляет собой не только исторический закон, но и является главным показателем экономического прогресса, который в свою очередь невозможен без наличия градиента соответствующего «силового» экономического поля.

Многие ведущие социологи и экономисты XXI века считают Россию отсталой во многих отношениях страной^{196, 197, 198}. Они оперируют, прежде всего, именно такими понятиями как социальная солидарность (структурирование общества по горизонтали, основанное на профессиональной специализации) и стратификация (разделение общества на иерархические вертикали). В определенном смысле социальная стратификация является средством визуализации экономического градиента. При этом основные причины стратификации имеют как биологическую

¹⁹⁶ Громов И. А. Западная социология. / И. А. Громов, И. А. Мацкевич, В. А. Семёнов. – СПб.: ООО «Издательство ДНК», 2003. – 537 с.

¹⁹⁷ Колесникова В.И. Банковское дело. / В.И. Колесникова – М.: «Финансы и статистика». - 2006. – 480 с.

¹⁹⁸ Ковалев А.П. Диагностика банкротства. / А.П. Ковалев – М.: Финстатинформ. – 2005. – 185 с.

(половое разделение; факторы физического превосходства, различия в способностях), так и социальную природу – классовое деление (неравный доступ к ресурсам или лишение экономических привилегий, политических прав и социальных льгот). Одним из стабилизирующих факторов стратификации можно считать существование системы ценностей, которая закрепляет важность различных статусов или видов деятельности. Под стратой принято понимать социальный слой людей, имеющих сходные объективные показатели по четырём основным критериям: доход, власть, образование, престиж занятия. По всем указанным индикаторам мы действительно очень сильно отличаемся от Западного мира, однако эти различия постепенно стираются. Так, по данным некоторых источников¹⁹⁹ уровень образования в РФ (доля лиц с высшим профессиональным образованием среди 35-летних россиян) неуклонно растет и составил в 2010-2011 гг. 76%. Это вполне соответствует современному уровню ведущих стран, например, в США этот показатель в 2011 г. составил 77%, в Великобритании – 73%, в Канаде – 73%, а во Франции – 72%²⁰⁰. Растет уровень доходов, и все большее число россиян пересекают черту бедности. Новые страты, в свою очередь, формируют различные формы семейных микросоциумов, которые обладают различной здоровьесберегающей активностью^{201, 202}.

Информационное Агентство РиФ²⁰³ уточняет – ежемесячные доходы среднестатистического жителя России составили в 2010-2011 гг. 25000 руб. Однако темпы увеличения уровня благосостояния в различных стратах

¹⁹⁹ Lea J. Crime as governance: reorienting criminology. 2005 URL:

<http://www.bunker8.pwp.blueyonder.co.uk/misc/crimgov.htm> (Дата обращения 01.11.2013г.).

²⁰⁰ Blinkhorn AS A cluster randomized controlled trial of the value of dental health educators in general health practice. / AS Blinkhorn, D Gratrix, PJ Holloway, YM Wainwright-Stringer, SJ Ward, HV Worthington.// Br Dent J - 2003 - vol. 195 – P. 395-400.

²⁰¹ Грудянов А.И. Состояние стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня образования. / А.И. Грудянов, Н.Б.Найговзина, В.А.Овсянников // Стоматология. – 2007. - №108 – С. 24-28.

²⁰² Киселев А.С. Динамика здоровья населения в зависимости от доходов / А.С. Киселев // Экономика здравоохранения. – 2005. - №1. – С.22-29.

²⁰³ Величина прожиточного минимума. Министерство труда и социального развития Ростовской области. 2013 URL: <http://mintrud.donland.ru/Default.aspx?pageid=57904> (Дата обращения 01.11.2013г.).

неодинаковы, следовательно, различной для них будет и доступность широкого спектра товаров и услуг. Особенно это касается услуг стоматологического сектора общественного здравоохранения. Современные стоматологические технологии являются достаточно дорогостоящими. Достоверная информация об их доступности практически отсутствует, что является безусловной предпосылкой для проведения большого числа медико-социальных и медико-экономических исследований. Доступность с учетом вышесказанного может быть определена как свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Таким образом, можно обнаружить некоторое противопоставление доступности и стратификации, в том смысле, что первая призвана сглаживать социальную напряженность, возникающую в результате усиления последней. Некоторые авторы²⁰⁴ выделяют такие виды доступности, как пространственная, временная, экономическая. При этом ограничение доступности тесно связано с увеличивающейся пораженностью взрослого населения страны основными стоматологическими заболеваниями (кариес, пульпит, периодонтит, пародонтит), которые достигают по данным ВОЗ 99-100% в зависимости от территории РФ и возраста обследованных.

В соответствии с целью нашей работы мы исследовали факторный пейзаж СЗ прежде всего в экономической и медико-социальной сферах. Не менее актуальной задачей мы посчитали изучение стратификации и доступности стоматологических услуг как единого целого в современных медико-демографических и социально-экономических российских реалиях. Группировка выборки выполнялась по критерию величины ежемесячного дохода на 1 члена семьи: 1-я группа – доход составлял 6000 рублей или менее; 2-я – 6001-17000 рублей и 3-я – более 17000 рублей. Выбранные диапазоны позволили измерить экономическую доступность (ЭД)

²⁰⁴ Элланский Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 2./ Ю.Г. Элланский, И.В. Дударев, И.А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 336 с.

стоматологических услуг (СУ) для каждой группы по отношению к остальным. Наглядность авторской методики достигалась при помощи использования показателя структуры, выражающего процентную долю части выборки по отношению ко всей выборке. Достоверность разницы между показателями 1-й и 3-й групп определялась с помощью t-критерия Стьюдента, сила связи между явлениями и процессами - при помощи коэффициента ранговой корреляции (КРК) Спирмена.

Средний возраст респондентов в группах не имел значимых различий и равнялся $44,2 \pm 2,8$; $44,4 \pm 0,9$; $37,0 \pm 1,0$ лет в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Также между группами отсутствовали гендерные отличия, доля женщин находилась в пределах 59-62%. При этом 20,9% респондентов, состоящих в браке не имели детей. Средняя по выборке детность среди респондентов, имеющих детей, составляла $1,66 \pm 0,03$ ребенка.

Возраст первого обращения к стоматологу в 1-й, 2-й и 3-й группах респондентов составляет соответственно $14,6 \pm 1,4$; $15,6 \pm 0,5$ и $13,3 \pm 0,6$ лет. В семье с наиболее благоприятной экономической обстановкой ребенок имеет возможность обратиться к врачу-стоматологу на 1-2 года раньше, чем дети из других страт.

Факторную среду (ФС) ЭД мы разделили на 4 сектора: образовательный; профессиональный; аксиологический; мотивационный.

Рассматривая данные по образовательному сектору ФС можно отметить, что значительное влияние на уровень ЭД СУ для респондентов имеет наличие высшего образования (табл. 3.3.1.).

Таблица 3.3.1.

Сопряженность уровня образования с процессом формирования экономической стратификации (в %)

Уровень образования	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
Начальное и ниже;	0,0	0,0	1,2	0,6	0,0	0,0	*	0,00
Неполное среднее;	11,8	5,5	4,9	1,2	2,8	1,4	1,57	-0,96

Среднее общее;	2,9	2,9	15,4	1,9	3,5	1,5	0,17	0,04
Среднее специальное;	35,3	8,2	18,8	2,1	8,4	2,3	3,16	-0,99
Незаконченное высшее;	14,7	6,1	13,9	1,9	10,5	2,6	0,64	-0,94
Высшее.	29,4	7,8	44,1	2,7	72,7	3,7	5,00	0,98

* - для нулевых значений не определяется.

В профессиональном секторе ФС отмечается зависимость между определенными условиями труда и уровнем благосостояния пациентов. Анализируя условия труда можно прийти к выводу, что респонденты из 3-й группы занимаются преимущественно умственным трудом (напряжение зрения; рабочая поза – сидя; низкая двигательная активность) (табл. 3.3.2.).

Таблица 3.3.2.

Условия труда в различных экономических стратах (в %)

Производственные условия	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
Напряжение зрения;	23,5	7,3	27,2	2,4	33,6	3,9	1,21	0,99
Рабочая поза - сидя;	20,6	6,9	27,8	2,4	43,4	4,1	2,82	0,98
Низкая двигательная активность;	11,8	5,5	17,1	2,0	26,6	3,7	2,23	0,99
Неритмичный режим работы;	2,9	2,9	10,4	1,6	15,4	3,0	2,97	0,99
Частые температурные перепады;	14,7	6,1	2,9	0,9	3,5	1,5	1,79	-0,84

Социальный состав экономических страт (табл. 4.3.) характеризуется достоверными значительными различиями по таким позициям как «Рабочие» - почти двукратное преобладание в 1-й группе по сравнению с 3-й; «Служащие» - двукратное, «Предприниматели» - более чем пятикратное преобладание в 3-й группе по сравнению с 1-й.

Таблица 3.3.3.

Социальная структура различных экономических страт (в %)

Социальная группа	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
Рабочие	38,2	8,3	26,0	2,4	20,3	3,4	2,00	-0,99

Предприниматели	2,9	2,9	7,0	1,4	16,1	3,1	3,11	0,98
Служащие	22,6	7,6	26,7	2,4	45,5	4,2	2,20	0,87
Учащиеся школы, ПТУ, колледжа	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,4	2,03	0,87
Студенты ВУЗа	11,3	5,5	8,2	1,5	7,0	2,1	0,81	-0,96
Домохозяйки	0,0	0,0	6,1	1,3	1,4	1,0	1,42	0,22
Пенсионеры по возрасту	16,6	6,5	17,9	2,1	3,5	1,5	2,11	-0,84
Пенсионеры по инвалидности	8,4	4,9	5,2	1,3	1,4	1,0	1,50	-0,99
Безработные	0,0	0,0	2,3	0,8	0,7	0,7	1,00	0,29
Другое	0,0	0,0	0,6	0,4	2,1	1,2	1,75	0,97
Всего	100,0		100,0		100,0			

Изучение аксиологического сектора ФС позволяет заключить, что в структуре ценностного пространства всех респондентов доминируют такие ориентации как «Хорошее здоровье»; «Счастливая семейная жизнь» и «Наличие работы» (более 70% от состава групп). Вместе с тем для респондентов 3-й группы достоверно менее важны такие ценности как «Взаимопонимание с окружающими» и «Жить без войны» (табл. 3.3.4.). Очевидно, что повышение материальных возможностей приводит к игнорированию мнения социума и повышению естественной агрессивности.

Таблица 3.3.4.

Ценностные ориентации в группах стоматологических респондентов с различным уровнем доходов (в %; отсортировано по величине показателя Р в 3-й группе)

Элементы системы ценностей	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	Р	±m	Р	±m	Р	±m		
Хорошее здоровье	97,1	2,9	84,9	1,9	86,7	2,8	2,55	-0,79
Счастливая семейная жизнь	73,5	7,6	76,8	2,3	82,5	3,2	1,10	0,99
Наличие работы	76,5	7,3	69,0	2,5	72,7	3,7	0,46	-0,50
Высокий уровень жизни	50,0	8,6	51,3	2,7	52,4	4,2	0,26	1,00
Любовь	29,4	7,8	33,6	2,5	46,2	4,2	1,89	0,96
Взаимопонимание с окружающими	52,9	8,6	28,4	2,4	29,4	3,8	2,52	-0,85
Свобода	20,6	6,9	20,3	2,2	28,0	3,8	0,94	0,85
Жить без войны	50,0	8,6	50,4	2,7	27,3	3,7	2,43	-0,86

Высокая социальная защищенность	20,6	6,9	23,8	2,3	26,6	3,7	0,76	1,00
Секс	23,5	7,3	13,6	1,8	23,8	3,6	0,03	0,02
Образование	14,7	6,1	20,0	2,2	23,1	3,5	1,19	0,99
Возможность приносить пользу людям	26,5	7,6	20,9	2,2	15,4	3,0	1,36	-1,00
Возможность влиять на ход событий	17,6	6,5	10,1	1,6	15,4	3,0	0,31	-0,29
Творчество	5,9	4,0	6,7	1,3	9,1	2,4	0,68	0,96
Литература и искусство	8,8	4,9	8,4	1,5	7,0	2,1	0,34	-0,95
Спорт	5,9	4,0	7,5	1,4	7,0	2,1	0,24	0,66
Большое количество детей	2,9	2,9	6,7	1,3	5,6	1,9	0,76	0,69
Религия	2,9	2,9	7,5	1,4	2,1	1,2	0,27	-0,14

Респонденты этой группы изначально нацелены на реализацию прагматического мотива жизнедеятельности, поэтому для них не актуально приносить пользу другим людям. Однако анализ мотивационного сектора ФС, обеспечивающего посещение стоматологического учреждения, позволил установить иные, не менее интересные различия. Так, основным мотивом посещения врача-стоматолога, имеющим достоверные различия по сравнению с другими группами, для респондентов третьей группы является «Возможность управления собственным стоматологическим здоровьем» ($t=2,50$). Приближается к нему по достоверности ($t=1,95$) прагматический мотив, связанный с наличием функции планирования: «Я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем» (табл. 3.3.5.).

Таблица 3.3.5.

Мотивы самосохранительного стоматологического поведения в группах респондентов с различным уровнем доходов (в %; отсортировано по величине показателя Р в 3-й группе)

Мотив	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t_p	КРК _Р
	Р	$\pm m$	Р	$\pm m$	Р	$\pm m$		
Желание избавиться от зубной боли;	41,2	8,4	36,5	2,6	35,0	4,0	0,67	-0,96

Эстетика (хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола);	26,5	7,6	24,9	2,3	33,6	3,9	0,83	0,77
Самосохранительный: я очень дорожу моим здоровьем;	32,4	8,0	33,0	2,5	31,5	3,9	0,10	-0,56
Я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем;	14,7	6,1	19,4	2,1	28,7	3,8	1,95	0,98
Мне нужно чем-то пережевывать пищу;	23,5	7,3	29,9	2,5	20,3	3,4	0,41	-0,33
Меня беспокоит неприятный запах изо рта;	23,5	7,3	21,7	2,2	17,5	3,2	0,76	-0,97
Страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем;	20,6	6,9	13,3	1,8	16,8	3,1	0,50	-0,52
Престиж (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе);	14,7	6,1	10,1	1,6	13,3	2,8	0,21	-0,30
Возможность управления собственным стоматологическим здоровьем;	0,0	0,0	1,2	0,6	4,2	1,7	2,50	0,97
Посещение стоматолога входит в мой стереотип поведения;	2,9	2,9	2,3	0,8	4,2	1,7	0,37	0,66
Здоровые и красивые зубы помогают мне зарабатывать на жизнь и комфорт в быту;	2,9	2,9	2,3	0,8	2,8	1,4	0,04	-0,22
Хочу узнать подробности своего стоматологического здоровья из любопытства;	0,0	0,0	3,2	0,9	2,1	1,2	1,75	0,65
Посещение стоматолога поможет моей самореализации и самовыражению: а) мое настроение;	5,9	4,0	2,9	0,9	1,4	1,0	1,08	-0,98
Когнитивный: пополняю знания о своем здоровье;	0,0	0,0	0,3	0,3	0,7	0,7	1,00	1,00
Мне нравится психологический климат в этом леч. учреждении;	0,0	0,0	2,0	0,8	0,7	0,7	1,00	0,34
Мне так нравится (творческое отношение к своему здоровью);	0,0	0,0	1,4	0,6	0,7	0,7	1,00	0,48
Рекомендация мужа (жены)	0,0	0,0	1,2	0,6	0,7	0,7	1,00	0,87
Другой	0,0	0,0	0,3	0,3	0,7	0,7	1,00	1,00
Корпоративный: как все, так и я;	2,9	2,9	2,6	0,9	0,7	0,7	0,75	-0,93
Процесс лечения зубов доставляет мне удовольствие;	0,0	0,0	0,9	0,5	0,0	0,0	*	0,00

* - для нулевых значений не определяется.

В целом по выборке лидирует мотив «Желание избавиться от зубной боли» ($36,6 \pm 2,1\%$), далее по мере уменьшения процентной доли: «Самосохранительный: я очень дорожу моим здоровьем» ($32,6 \pm 2,0$); «Мне нужно чем-то пережевывать пищу» ($26,6 \pm 1,9$); «Эстетический: хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола» ($26,4 \pm 1,9$); «Я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем» ($20,9 \pm 1,7$); «Меня беспокоит неприятный запах изо рта» ($19,7 \pm 1,7$); «Страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем» ($14,6 \pm 1,5$); «Престиж: иметь здоровые и красивые зубы – это сейчас высоко ценится в обществе» ($11,1 \pm 1,3$).

Декларируемые респондентами размеры расходов на стоматологическую помощь (табл. 3.3.6.) за прошедший год обнаруживают двукратное увеличение при переходе от 1-й группы к 3-й. Приведенные цифры соизмеримы, а иногда и превышают размер прожиточного минимума, величина которого по официальным данным в целом по Ростовской области за III квартал 2011 года составляла в расчете на душу населения – 5 847 рублей в месяц.

Таблица 3.3.6.

Среднемесячные подушевые доходы и расходы на стоматологическое лечение в год в исследуемых группах респондентов

Средняя величина	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _М	КРК _М
	М	±m	М	±m	М	±m		
Средний доход на одного члена семьи в месяц в рублях	4970,6	131,7	11234,8	158,4	25727,3	825,4	24,83	0,97
Расходы на стоматологическое лечение в рублях за последний год	3852,1	585,8	4884,0	299,3	7738,5	878,0	3,68	0,97
Процентная доля расходов по отношению к ежемесячным доходам	77,5		43,5		30,1			-0,97

В структуре выборки по критерию величины дохода на одного члена семьи в месяц (табл. 3.3.7.) преобладали респонденты из 2-й группы (доходы среднего уровня – 66,1%). Второе место занимали респонденты 3-й группы (доходы выше среднего). На их долю приходилось 27,4%. Меньше всего посещали стоматологические учреждения малообеспеченные респонденты – их в выборке было только 6,5%. По отношению к процентной доле средне и высокообеспеченных респондентов (93,5%) ЭД СУ для малообеспеченной части пациентов оказалась в 14 раз меньше.

Таблица 3.3.7.

Структура выборки по критерию величины дохода на одного члена семьи в месяц (в %)

Уровень дохода	Удельный вес группы
1-я группа (5 000 руб. и менее)	6,5
2-я группа (6 000-16 000 руб.)	66,1
3-я группа (17 000 руб.и более)	27,4
Всего	100,0

Описывая структуру современного семейного микросоциума, большинство авторов сходятся во мнении^{205, 206}, что она включает следующие социальные роли: папа (81,0±3,6%); мама (95,7±1,9%); дедушка (19,8±3,7%); бабушка (28,4±4,2%); дети (1,4±0,1 чел. в среднем на 1 СМС); другие родственники (0,3±0,1 чел. в среднем на 1 СМС). Экономическая стратификация не оказывает достоверного влияния на структурные индикаторы семейных микросоциумов. Так же можно отметить, различия уровня социальной солидарности в группах респондентов с различным доходом, т.е. чем выше уровень ежемесячного дохода, тем более гуманно расположена к обществу данная группа. Экономическая стратификация, которая выражается в различии материального достатка каждой из групп,

²⁰⁵ Новикова К.И., Тиллоев Х.Х. Демографические и социально-экономические аспекты доступности стоматологических услуг. / К.И.Новикова, Х.Х.Тиллоев // 67-я Итоговая научная конференция молодых учёных Ростовского государственного медицинского университета. Материалы конференции – Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, - 2011. – С. 523-524.

²⁰⁶ Деревянченко С.П. Гендерная социализация в семье как фактор здоровьесберегающего поведения в стоматологии. / С.П. Деревянченко, Р.Э. Кесаева, Е.Е. Маслюк // Социология медицины. – 2006. - №1. – С.56-61.

оказывает влияние на моральное и психологическое состояние семей. Высший уровень образования женщин, формирующих семейный микросоциум и реализующих социальную роль матери, демонстрирует сильную положительную корреляционную связь с уровнем доходов на 1 члена семьи в месяц. Указанная тенденция среди мужчин проявляется значительно менее отчетливо. По нашим данным отчетливо прослеживается зависимость психологического состояния и особенностей взаимоотношений между членами семьи от определенных характеристик жилого помещения, в котором находится данная микросоциальная группа (табл. 3.3.8.).

Таблица 3.3.8.

Уровень конфликтности и обеспеченность жилой площадью в группах респондентов с различными доходами

Индикаторы комфорта и конфликтности	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _М	КРК _{МР}
	М(Р)	±m	М(Р)	±m	М(Р)	±m		
Кол-во кв.м. жилплощади на одного проживающего	11,0	1,2	16,7	0,6	26,1	3,6	3,96	0,99
Конфликты в семье не происходят.	35,3	8,2	29,9	2,5	26,6	3,7	0,97	-0,99
Раз в год.	8,8	4,9	27,0	2,4	22,4	3,5	2,27	0,72
Раз в месяц.	17,6	6,5	25,5	2,3	25,2	3,6	1,01	0,85
Раз в неделю.	29,4	7,8	11,9	1,7	13,3	2,8	1,94	-0,83
Ежедневно.	2,9	2,9	2,9	0,9	4,2	1,7	0,37	0,85

По данным упомянутых авторов имеется сильная положительная корреляционная связь между уровнем дохода и семейной организацией, психологической атмосферой в семье, конфликтностью, и как следствие из этого уровнем соматического здоровья²⁰⁷. Более равные и менее конфликтные отношения устанавливаются в группах, которые имеют высокий материальный достаток.

До настоящего времени недостаточное внимание уделяется экономической стороне самосохранительной активности (СА). Очевидно, что

²⁰⁷ Aunger R. Tooth brushing as routine Behavior / R. Aunger // International Dental Journal. -2007. -Vol. 57. - No.0 - P. 1-13.

потребность в сохранении собственного здоровья заложена в психосоматическую структуру каждой личности. Однако уровень достатка расширяет или ограничивает способы удовлетворения этой потребности. Так, малообеспеченные группы населения предпочитают низкочастотные формы СА, часто имеющие низкую оздоровительную эффективность^{208, 209}. В указанном контексте отказ от употребления алкоголя или табачных изделий можно смело отнести к малозатратным (даже в некотором смысле ресурсосберегающим) самосохранительным мероприятиям. При этом польза здоровью очевидна. Вообще не употребляют алкоголь в среднем по выборке 52,5±2,1%, не курят 75,6±1,8%. Достоверных различий между группами не выявлено. Стратификация как процесс образования микросоциумов с различным достатком имеет значимые последствия для накопленной заболеваемости (табл. 3.3.9.).

Таблица 3.3.9.

Накопленная заболеваемость в группах респондентов из разных экономических страт (в случаях на 100 опрошенных)

Нозологическая форма	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
Инфекционные и паразитарные болезни	0,0	0,0	1,2	0,6	0,7	0,7	1,00	0,60
Анемии	0,0	0,0	3,2	0,9	0,7	0,7	1,00	0,21
Прочие болезни крови	2,9	2,9	1,4	0,6	0,7	0,7	0,75	-0,98
Психические расстройства и расстройства поведения	0,0	0,0	1,4	0,6	3,5	1,5	2,28	1,00
Болезни глаза и его придаточного аппарата	11,8	5,5	8,1	1,5	3,5	1,5	1,44	-1,00
Ишемическая болезнь сердца	2,9	2,9	11,9	1,7	2,8	1,4	0,04	-0,01
Артериальная гипертензия	8,8	4,9	22,3	2,2	7,7	2,2	0,21	-0,07
Цереброваскулярные болезни	0,0	0,0	1,4	0,6	0,7	0,7	1,00	0,48
Прочие болезни системы кровообращения	5,9	4,0	3,2	0,9	4,2	1,7	0,39	-0,62
Болезни нервной	2,9	2,9	4,6	1,1	2,8	1,4	0,04	-0,07

²⁰⁸ Clu D. The oral health of homeless adolescents and young adults and determinants of oral health: preliminary findings / D. Clu, P. Milgrom // Spec. Care Dentist. – 2008. – vol.28 - №6. – P. 237-242

²⁰⁹ Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. / PE. Petersen // Community Dent Oral Epidemiol. – 2005 - Vol. 33: - P. 274–279.

системы								
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,0	0,0	2,0	0,8	2,1	1,2	1,75	0,88
Болезни органов пищеварения	23,5	7,3	27,0	2,4	21,0	3,4	0,32	-0,43
Сахарный диабет	14,7	6,1	8,4	1,5	10,5	2,6	0,64	-0,66
Тиреотоксикоз	0,0	0,0	1,4	0,6	1,4	1,0	1,42	0,85
Ожирение	11,8	5,5	3,5	1,0	6,3	2,0	0,93	-0,65
Прочие болезни эндокринной системы и обмена веществ	2,9	2,9	8,1	1,5	4,9	1,8	0,57	0,37
Болезни органов дыхания	5,9	4,0	6,1	1,3	6,3	2,0	0,09	1,00
Болезни кожи и подкожной клетчатки	8,8	4,9	2,3	0,8	3,5	1,5	1,04	-0,77
Болезни мочеполовой системы	5,9	4,0	7,5	1,4	4,2	1,7	0,39	-0,50
Врожденные аномалии	0,0	0,0	0,6	0,4	0,0	0,0	*	0,00
Новообразования	2,9	2,9	2,6	0,9	0,0	0,0	1,02	-0,91
Болезни костно-мышечной системы	8,8	4,9	16,5	2,0	5,6	1,9	0,62	-0,29
Травмы отравления	8,8	4,9	2,6	0,9	5,6	1,9	0,62	-0,52
Другое	2,9	2,9	0,0	0,0	1,4	1,0	0,50	-0,52
Всего	132,1	18,6	147,3	6,0	100,1	8,0	1,58	-0,66

* - не определяется для нулевых значений.

Так, самый высокий уровень заболеваемости продемонстрировали респонденты из 2-й группы (147,3 случая на 100 опрошенных), а самый низкий – наиболее обеспеченные (100,1 случай на 100 опрошенных). Общей для всей выборки тенденцией можно признать лидерование в структуре накопленной заболеваемости болезней органов пищеварения, что может быть связано с сильной занятостью и неправильным питанием в течение рабочего дня.

Изучая особенности результативной среды социального гомонегенеза в современном российском социальном пространстве на фоне экономической стратификации репрезентативной выборки стоматологических пациентов, для удобства анализа собранного материала результативная среда была разделена на следующие секторы: оценочный по результатам действий; оценочный по мере самосохранительной ответственности; потребительский по товарам; потребительский по услугам.

Оценочный сектор по результатам экономической активности (табл. 3.3.10.) характеризовался достоверным и значительным (более чем пятикратным) преобладанием позитивной самооценки респондентов 3-й группы.

Таблица 3.3.10.

Удовлетворенность материальным положением в группах респондентов из разных экономических страт (в %)

Индикатор	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
Полностью удовлетворен;	5,9	4,0	7,2	1,4	31,5	3,9	4,46	0,89
Частично удовлетворен;	41,2	8,4	59,7	2,6	62,2	4,1	2,25	0,92
Неудовлетворен полностью.	52,9	8,6	33,1	2,5	6,3	2,0	5,30	-1,00
Всего	100,0		100,0		100,0			

В отношении негативной оценки лидировали малообеспеченные респонденты. О высокой социальной напряженности в экономической сфере говорит более чем восьмикратное превышение неудовлетворенности участников опроса из 1-й группы по сравнению с 3-й.

Важным элементом самосохранительных технологий (СТ) является опора на осознание личной ответственности человека за сохранение его здоровья²¹⁰. В этом смысле СС, наделившая часть нашего населения повышенными материальными возможностями, способствует повышению внутренней ответственности вообще и ответственности за сохранение своей жизни и здоровья в частности. Так (табл. 3.3.11.), более 80% респондентов 3-й группы уверены, что уровень их здоровья является их собственной компетенцией. Это важное положение постепенно укрепляется в ментальности россиян, находящихся и в менее обеспеченных стратах (61,8 и 68,7% в 1-й и 2-й группах соответственно). Удивляет то обстоятельство, что самые малообеспеченные респонденты не имеют претензий по поводу своего

²¹⁰ Halvari AEM Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of Self-Determination Theory./ AEM Halvari, H. Halvari // Motivation Emotion. - 2006. - vol.30 – P. 294-305.

здоровья к работодателям, чего не скажешь о самих работодателях. Более 5% из них осознают социальную значимость управленческой деятельности и собственную причастность к успешной реализации СТ.

Таблица 3.3.11.

Мера ответственности за здоровье в группах респондентов из разных экономических страт (в %)

Индикатор ответственность за свое здоровье	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t_p	КРК _p
	P	$\pm m$	P	$\pm m$	P	$\pm m$		
Государство	11,8	5,5	13,3	1,8	7,0	2,1	0,81	-0,72
Местные органы власти	0,0	0,0	1,4	0,6	2,1	1,2	1,75	0,98
Здравоохранение в целом	8,8	4,9	6,1	1,3	6,3	2,0	0,48	-0,83
Ваше лечебное учреждение	14,7	6,1	9,9	1,6	4,9	1,8	1,55	-1,00
Ваш лечащий врач	8,8	4,9	12,5	1,8	9,8	2,5	0,18	0,26
Ваша семья	11,8	5,5	8,1	1,5	8,4	2,3	0,56	-0,83
Вы сами	61,8	8,3	68,7	2,5	80,4	3,3	2,08	0,99
Работодатель	0,0	0,0	2,6	0,9	5,6	1,9	2,91	1,00

В результате анализа потребительского сектора по значимым для СЗ товарам (табл. 3.3.12.) было установлено, что респонденты 3-й группы почти в 3 раза чаще малообеспеченных участников опроса употребляют для питья бутилированную воду, на 22,8% реже используют централизованный водопровод, чаще разрешают себе употреблять алкоголь, любят сладкое и предпочитают импортные зубные пасты.

Таблица 3.3.12.

Особенности потребления товаров в группах респондентов из разных экономических страт (в %)

Вид товара	1-я группа		2-я группа		3-я группа		$t_{M(P)}$	КРК _{MP}
	M (P)	$\pm m$	M (P)	$\pm m$	M (P)	$\pm m$		
Питьевая вода:								
Централизованный водопровод;	79,4	6,9	72,2	2,4	56,6	4,1	2,82	-0,98
Артезианская скважина;	0,0	0,0	0,3	0,3	2,8	1,4	2,03	0,91

Колодец;	2,9	2,9	0,0	0,0	0,7	0,7	0,75	-0,73
Открытый водоем;	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	*	0,00
Бутилированная вода;	14,7	6,1	26,7	2,4	41,3	4,1	3,62	1,00
Алкоголь								
Употребляю	44,1	8,5	47,2	2,7	51,0	4,2	0,73	1,00
2-3 раза в неделю.	5,9	4,0	3,2	0,9	7,7	2,2	0,39	0,40
1-2 раза в месяц.	26,5	7,6	29,3	2,4	35,7	4,0	1,07	0,98
1-2 раза в год.	14,7	6,1	12,8	1,8	11,2	2,6	0,53	-1,00
Потребление сахара, конфет, пирожных:								
Равнодушен;	61,8	8,3	53,3	2,7	49,0	4,2	1,37	-0,98
Люблю;	20,6	6,9	39,4	2,6	43,4	4,1	2,82	0,94
Зубные пасты								
Отечественные;	35,3	8,2	31,6	2,5	17,5	3,2	2,03	-0,95
Импортные;	47,1	8,6	52,2	2,7	69,2	3,9	2,36	0,95

* - не определяется для нулевых значений.

Потребительский сектор стоматологических услуг (табл. 3.3.13.) был

Таблица 3.3.13.

Особенности потребления медицинских стоматологических услуг в группах респондентов из разных экономических страт (в %)

Медицинская услуга	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
В муниципальных (государственных) поликлиниках;	76,5	7,3	82,9	2,0	62,9	4,0	1,63	-0,66
В частных кабинетах (клиниках).	11,8	5,5	15,1	1,9	35,0	4,0	3,40	0,92

разделен на услуги, производимые в медицинских организациях государственной и частной форм собственности. По нашим данным от 60 до 80% респондентов предпочитают обращаться в государственные ЛПУ, которые в определенном смысле продолжают оставаться монополистами. При этом респонденты из 3-й группы в 3 раза чаще малообеспеченных участников опроса посещают частные кабинеты и клиники.

Таблица 3.3.14.

Уровень стоматологического здоровья в группах респондентов из разных экономических страт (среднегрупповое КИЗ на 1 осмотренного)

Нозологическая форма	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t _p	КРК _p
	P	±m	P	±m	P	±m		
Число интактных зубов	10,1	1,2	9,6	0,3	10,7	0,5	0,50	0,56

Число интактных зубов после линейного тренда	12,3	1,0	11,8	0,3	11,6	0,5	0,62	-0,94
--	------	-----	------	-----	------	-----	------	-------

Выводы:

1. В группе наиболее обеспеченных преобладают респонденты с высшим образованием (72,7%), что более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель в группе малообеспеченных. К повышению материального благосостояния приводит профессиональная деятельность, связанная с напряжением зрения; рабочая поза - сидя; низкая двигательная активность; не ритмичный режим работы и почти полное отсутствие температурных перепадов в производственной среде.
2. В структуре ценностного пространства респондентов 3-й группы доминируют такие ориентации как «Хорошее здоровье», «Счастливая семейная жизнь», «Наличие работы», «Высокий уровень жизни» и «Любовь». При этом выраженность приоритета «Хорошее здоровье» на 10,4% ниже, чем у респондентов 1-й группы, а ценность «Любви» на 16,8% выше.
3. Наиболее востребованными вне зависимости от дохода является такие мотивы как «Желание избавиться от зубной боли» (35,0-41,2%); «Хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола» (26,5-33,6%) и «Я очень дорожу моим здоровьем» (31,5-33,0%). В среде высокообеспеченных респондентов достоверно более актуален по отношению к 1-й группе мотив «Возможность управления собственным стоматологическим здоровьем» ($t=2,50$) и приближающийся к нему по достоверности ($t=1,95$) прагматический мотив, связанный с наличием функции планирования: «Я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем».
4. На момент исследования в Ростовской области отмечается значительный разрыв между потребностью и обеспеченностью населения стоматологической помощью, при этом экономическая доступность указанного вида помощи по-прежнему находится на очень низком уровне.

Расходы на стоматологическое лечение в год для малообеспеченных групп населения составляют сумму, близкую к 80% от среднемесячного дохода и соизмеримую с официальным прожиточным минимумом.

5. Наиболее ярко выраженный гомонеогенетический продукт социального развития сосредоточился в 3-й группе. По критерию социальной напряженности 3-я группа демонстрирует минимальный уровень неудовлетворенности своим материальным положением. 3-я группа принимает на себя максимальную ответственность за свое здоровье. Респонденты 3-й группы предпочитают потреблять бутилированную воду, реже отказываются от алкоголя, чаще равнодушны к сахару, конфетам, пирожным, предпочитают импортные зубные пасты, чаще посещают частные стоматологические кабинеты и клиники. При этом уровень соматической накопленной заболеваемости в 3-й группе на 30% ниже, чем в 1-й и на 40% ниже, чем во 2-й группе.
6. Экономическая стратификация привела к появлению в мегаполисах групп населения, использующих высокочрезвычайно дорогостоящие самосохранительные технологии, которые дают заметный эффект в сфере общесоматического здоровья. Однако по критерию «Количество интактных зубов» достоверных различий между группами выявлено не было, что свидетельствует о существовании факторов стоматологического здоровья, которые требуют дальнейшего изучения.

3.4. Медико-социальное моделирование самосохранительного поведения пациентов стоматологической практики с использованием потребностно-мотивационных матриц

Логическим итогом нашей работы явилось изучению мотивационного поля как ведущего фактора в процессе улучшения стоматологического здоровья населения. Но какой именно мотив заставляет пациента сделать первый шаг, с которого и начинается посещение стоматолога. Гипотетически этот мотив мы понимали как опредмеченную потребность. И это положение неслучайно, так как довольно часто понятие «Мотив» недостаточно четко отграничивают от понятий «Потребность» и «Цель». В нашей интерпретации потребность – это, по сути, неосознаваемое желание устранить дискомфорт, а цель – результат сознательного целеполагания.

Абрахам Маслоу признавал, что люди имеют множество различных потребностей. Тем не менее, он полагал, что эти потребности можно разделить на пять основных категорий:

1. Физиологические: голод, жажда, половое влечение и т. д.
2. Потребности в безопасности: комфорт, постоянство условий жизни.
3. Социальные: социальные связи, общение, привязанность, забота о другом и внимание к себе, совместная деятельность.
4. Престижные: самоуважение, уважение со стороны других, признание, достижение успеха и высокой оценки, служебный рост.
5. Духовные: познание, самоактуализация, самовыражение, самоидентификация.

Потребности А. Маслоу распределил по мере возрастания, объяснив такое построение тем, что человек не может испытывать потребности высокого уровня, пока нуждается в более примитивных вещах. «Я совершенно убежден, что человек живет хлебом единым только в условиях, когда хлеба нет – разъяснял Маслоу. – Но что случается с человеческими стремлениями, когда хлеба вдоволь и желудок всегда полон? Появляются

более высокие потребности, и именно они, а не физиологический голод, управляют нашим организмом. По мере удовлетворения одних потребностей возникают другие, все более и более высокие»²¹¹. Наша точка зрения несколько отличается от приведенной выше, и прежде всего в той ее части, где утверждается последовательность удовлетворения. Более того, сама пирамида, т.е. иерархическое построение потребностей не совсем объективно отражает медико-социальную реальность. Тем не менее, пока будем отталкиваться от привычной терминологии. И так, в основании пирамиды располагаются физиологические потребности. Состоят они из основных, первичных потребностей человека, иногда даже неосознанных (утоление голода, жажды, сексуальной потребности и т.п.). В системе стоматологических мотивов посещения врача к ним можно отнести такие мотивы, как – «Мне нужно чем-то пережевывать пищу (голод)»; «Желание избавиться от зубной боли. Пока она меня беспокоит - я не могу спать, не могу есть, не могу работать и т.д.».

После удовлетворения физиологических потребностей их место в мотивационном поле индивидуума занимают потребности другого уровня, которые в самом общем виде можно объединить в категорию безопасности (потребность в безопасности; в стабильности; в зависимости; в защите; в свободе от страха, тревоги и хаоса; потребность в структуре, порядке, законе, ограничениях и т.п.). Из стоматологических мотивов к таковым относятся: я очень дорожу моим здоровьем; страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем; я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем; здоровые и красивые зубы помогают мне зарабатывать на жизнь и комфорт в быту).

Следующая ступень – потребность в привязанности и любви, а также в принадлежности к какой-либо социальной группе. Человек жаждет теплых, дружеских отношений, ему нужна социальная группа, которая обеспечила бы

²¹¹ Маслоу А. Мотивация и личность. Пер. с англ. / А. Маслоу – СПб.: Питер, 2008. – 352 с.

его такими отношениями, семья, которая приняла бы его как своего. Корпоративный мотив: как все, так и я, и мотив «я выполняю распоряжение моего агента влияния (муж, жена, начальник, рекламное агентство)» - отражают эту ступень в структуре стоматологических потребностей.

Следующая ступень – потребность в уважении и одобрении. Каждый человек (за редкими исключениями, связанными с патологией) постоянно нуждается в признании, в устойчивой и, как правило, высокой оценке собственных достоинств, каждому из нас необходимы и уважение окружающих нас людей, и возможность уважать самого себя. Удовлетворение потребности в оценке, уважении порождает у индивидуума чувство уверенности в себе, чувство собственной значимости, силы, адекватности, чувство, что он полезен и необходим в этом мире. Потребности этого уровня подразделяются на два класса.

В первый входят желания и стремления, связанные с понятием «достижение». Человеку необходимо ощущение собственного могущества, адекватности, компетентности, ему нужно чувство уверенности, независимости и свободы. Во второй класс потребностей мы включаем потребность в репутации или в престиже (мы определяем эти понятия как уважение окружающих), потребность в завоевании статуса, внимания, признания, славы. Такая потребность так же имеет свое отражение в структуре стоматологических мотивов (престиж: иметь здоровые и красивые зубы – это сейчас высоко ценится в обществе).

Следующая ступень познавательные потребности (жажда знаний, желание воспринимать как можно больше информации (хочу узнать подробности своего стоматологического здоровья из любопытства, самостоятельно рассмотреть полость рта практически невозможно). Далее следует потребность в эстетике (жажда гармонизировать жизнь, наполнить ее красотой, искусством). Эстетические потребности тесно переплетены и с конативными, и с когнитивными потребностями, и потому их четкая дифференциация невозможна. Не менее трудно дифференцируются такие

потребности, как потребность в порядке, в симметрии, в завершенности, в законченности, в системе, в структуре (хочу иметь красивую улыбку).

И наконец, последняя ступень пирамиды, наивысшая – стремление к раскрытию внутреннего потенциала, которую принято называть самоактуализация (посещение стоматолога поможет моей самореализации и самовыражению; возможность управления собственным стоматологическим здоровьем).

Важно отметить, что морфологически каждая потребность человека может быть отождествлена с функцией, т.е. у каждой, даже самой «высокой» потребности есть соответствующий центр в ЦНС, который можно представить как ассоциацию нейронов, опорно-двигательного аппарата, железистой и других тканей, входящих в функциональную систему (ФС). И если периферия ФС может состоять из одних и тех же элементов, то центральное звено всегда индивидуально, уникально и формируется по физиологическим законам. Например, в данную конкретную временную единицу может реализовываться только 1 потребность (закон доминанты). И если у животных переход от удовлетворения одной потребности (ФС) к удовлетворению другой происходит по мере актуальности, то человек под воздействием социальной среды научился регулировать работу своих ФС. Так, каждая из потребностей не обязательно должна быть удовлетворена полностью, благодаря волевому усилию человека частично насыщенная или полностью ненасыщенная потребность может быть проигнорирована и осуществлен переход к активации следующей ФС.

Возникающие императивные потребности заставляют человека активно искать способы именно их удовлетворения. Так или иначе, но потребности становятся внутренними побудителями деятельности, или мотивами. Мотив (от лат. *movere* – приводить в движение, толкать) – это то, что движет живым существом, ради чего оно тратит свою жизненную энергию, «запал» любых действий и их «горючий материал». В контексте нашего исследования это градиент (избыток или недостаток в организме) какого-то вещества или

информации (потребность избавиться или получить) плюс процесс опредмечивания, т.е. включение соответствующей ФС.

Следует заметить, что качества потребности определяют качества мотива. Чем выше ступень потребности в иерархии потребностей, тем вероятнее переход мотива в убеждение, т.е. в мотивы практической и теоретической деятельности, обоснованные теоретическими знаниями и всемирным мировоззрением человека. Глубоко обоснованные убеждения сохраняются на протяжении всей жизни человека. Убеждения – наиболее обобщенные мотивы²¹².

Некоторые авторы²¹³ классифицируют мотивы следующим образом:

- Мотивы самоутверждения – стремление утвердить себя в социуме; связан с чувством собственного достоинства, честолюбием, самолюбием. Человек пытается доказать окружающим, что он чего-то стоит, стремится получить определенный статус в обществе, хочет, чтобы его уважали и ценили. Иногда стремление к самоутверждению относят к мотивации престижа (стремление получить или поддержать высокий социальный статус). Таким образом, стремление к самоутверждению, к повышению своего формального и неформального статуса, к позитивной оценке своей личности – существенный мотивационный фактор, который побуждает человека интенсивно работать и развиваться;
- Мотивы идентификации с другим человеком – стремление быть похожим на героя, кумира, авторитетную личность (отца, учителя и т. п.). Этот мотив побуждает работать и развиваться. Он является особенно актуальным для подростков, которые пытаются копировать поведение других людей;
- Процессуально-содержательные мотивы – побуждение к активности процессом и содержанием деятельности, а не внешними факторами.

²¹² Abrahamsson KH. The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. / KH Abrahamsson, U Berggren, M Hakeberg, SG Carlsson // European Journal of Oral Sciences - 2003, - 111(2). - P. 99-105.

²¹³ Мотив: «все что угодно». URL: http://www.psychology.vuzlib.org/book_o514_page_17.html (Дата обращения 01.11.2013г.).

Человеку нравится выполнять эту деятельность, проявлять свою интеллектуальную или физическую активность;

- Мотивы аффилиации (от англ. *affiliation* – присоединение) – стремление к установлению или поддерживанию отношений с другими людьми, стремление к контакту и общению с ними. Сущность аффилиации состоит в самооценности общения. Аффилиативное общение – это такое общение, которое приносит удовлетворение, захватывает, нравится человеку;
- Негативная мотивация–побуждения, вызванные осознанием возможных неприятностей, неудобств, наказаний, которые могут последовать в случае невыполнения деятельности. В случае действия негативной мотивации человека побуждают к деятельности страх перед возможными неприятностями или наказанием и стремление их избежать. Основным недостатком негативных санкций является кратковременность их влияния: они стимулируют к деятельности (или сдерживают от нежелательных поступков) только на период их действия. Негативная мотивация тем сильнее влияет на человека, чем больше его уверенность в неизбежности последствий.

Под потребностно-мотивационной сферой (ПМС) личности понимается вся совокупность мотивов, которые формируются и развиваются в течение жизни человека. В целом эта сфера динамична, но некоторые мотивы относительно устойчивы и, подчиняя себе остальные мотивы, образуют как бы стержень всей сферы. В этих мотивах проявляется направленность личности. Наиболее адекватным термином для обозначения ПМС следует считать термин «мотивационная структура человека» (МСЧ).

МСЧ имеет 2 основных параметра: широта – качественное разнообразие мотивационных факторов – потребностей и целей; гибкость – способность вариативного выбора ФС или их сочетаний для удовлетворения одной базовой потребности. Более гибкой считается такая МСЧ, в которой для удовлетворения мотивационного побуждения более общего характера

может быть использовано большее число разнообразных мотивационных побудителей более низкого уровня²¹⁴.

Собственно мотивацию мы рассматриваем как динамический психофизиологический процесс побуждения к действию, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности. При этом мы отличаем мотивацию от мотивирования, т.е. процесса влияния на человека с целью побуждения его к определенным действиям посредством активизации определенных мотивов. Принято выделять два основных типа мотивирования:

- внешнее тактическое, одноразовое воздействие на человека с целью побуждения его производить определенные действия, приводящие к желательному результату. Этот тип напоминает торговую сделку: «Я вам даю налоговые льготы или кредит на выгодных условиях, а вы идете на прием к врачу-стоматологу»;
- внешнее стратегическое системообразующее формирование определенной МСЧ как тип мотивирования носит воспитательный и образовательный характер. Его осуществление требует больших усилий, знаний, способностей, но и результаты превосходят результаты первого типа мотивирования, т.к. в этом случае регулярное посещение стоматологической клиники превращается в устойчивый стереотип самосохранительного поведения.

В дальнейшем анализе и синтезе мы будем использовать в логических построениях именно 2-й тип мотивирования, количественно определяя его широту и гибкость. Для более глубокого понимания сущности МСЧ (ее состава, строения, имеющего многомерный и многоуровневый характер, динамики) необходимо осознавать, что МСЧ занимает подчиненное положение по отношению к социуму. Практически невозможно

²¹⁴ Chalmers JM. Minimal intervention dentistry: part 1. Strategies for addressing the new caries challenge in older patients. / JM. Chalmers // JCDA – 2006. - vol.72. - P. 427-433.

сформировать МСЧ вне связей и отношений человека с другими людьми, вне влияний жизни общества – его норм, правил, идеологии, политики и др. Один из важнейших факторов, определяющих МСЧ является принадлежность человека к какой-либо социальной группе. Например, подростки, которые интересуются спортом, отличаются от своих сверстников, увлекающихся музыкой. Поскольку любой человек входит в ряд групп и в процессе его развития число таких групп растет, естественно, изменяется и его мотивационная сфера. Поэтому возникновение мотивов надо рассматривать не как процесс, вытекающий из внутренней сферы индивида, а как явление, связанное с развитием его отношений с другими людьми. Иначе говоря, изменение мотивов определяется не законами спонтанного (физиологического) развития индивида, а развитием его отношений и связей с людьми, с обществом в целом, т.е. в процессе социализации. В указанном контексте социализацию можно рассматривать как формирование и усложнение МСЧ.

Исходя из цели настоящего исследования МСЧ интересовала нас не столько с индивидуальной, сколько с групповой точки зрения. Кроме того, из всего многообразия элементов МСЧ были выбраны лишь мотивы самосохранительной активности в стоматологической сфере. При этом акцент был сделан на количественную сторону мотивационной основы такого массового медико-социального явления как обращение за стоматологической помощью.

Вся выборка (549 человек) была сгруппирована по признаку «размер мотивационного поля» (РМП) на 3 группы. 1-я – 221 респондент (РМП=0 - 1 мотив – 40,2% выборки); 2-я – 265 человек (РМП=2-3 мотива – 48,3%); 3-я группа – 63 участника опроса (РМП=4-9 мотивов – 11,5%). Достоверных гендерных и возрастных различий выявлено не было (доля женщин от 56 до 74% группы; средний возраст групп от 40 до 42 лет).

Каждый человек, двигаясь в большой внешний социум, в общество как таковое, неизбежно проходит стадию адаптации в семье, где отношения и

связи с близкими людьми формируют первые элементы МСЧ. С учетом вышесказанного изучение МСЧ целесообразно начинать с описания семейно-брачного статуса в группах респондентов с различным размером мотивационного поля. Следует заметить (табл. 3.4.1.), что доля респондентов 3-й группы состоящих в браке на 14,6% больше, чем соответствующий показатель 1-й группы.

Таблица 3.4.1.

Семейное положение взрослого населения в группах с различным размером мотивационного поля

Статус семейно-брачных отношений	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности (P ₁)M ₁ -(P ₂)M ₂
	M(P)	±m	M(P)	±m	M(P)	±m		
Состоите в браке;	48,9	3,4	50,9	3,1	63,5	6,1	0,92	2,11
Живете вместе,но не зарегистрированы;	8,6	1,9	10,9	1,9	9,5	3,7	0,39	0,22
В разводе;	7,7	1,8	10,6	1,9	3,2	2,2	-0,61	1,59
Вдовец (вдова)	8,1	1,8	7,2	1,6	1,6	1,6	-0,93	2,71
Никогда не состоял(а) в браке;	20,8	2,7	15,5	2,2	12,7	4,2	-0,98	1,62
Среднебалльный уровень внутрисемейной коммуникации	3,4	0,1	3,7	0,1	3,8	0,2	0,99	1,49

Очевидно, наличие постоянного агента влияния способствует расширению круга мотивов посещения врача-стоматолога. Эту закономерность подтверждает и среднебалльная оценка уровня интенсивности внутрисемейной коммуникации.

Эволюционно образовательная сфера связана с расширением круга общения человека и как следствие с усложнением МСЧ. В ходе нашего исследования было установлено, что наличие высшего образования также имеет большое влияние на размер мотивационного поля. Из таблицы 3.4.2. видно, что количество респондентов имеющих высшее образование нарастает от 1-й группы к 3-й. Ту же тенденцию отражает среднебалльный уровень образования групп. В 3-й группе он на 4 и 8% выше, чем во 2-й и 1-й группах соответственно (t=2,16). Безусловно, образование поднимает уровень

потребностей на более высокую ступень в пирамиде потребностей Маслоу. При этом, чем выше уровень потребностей, тем шире мотивационное поле. В процессе усложнения МСЧ образование играет роль посредника между семейным микросоциумом и социально-профессиональной группой,

Таблица 3.4.2.

Образовательный уровень респондентов в группах с различным размером мотивационного поля

Образование	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности $(P_1)M_1 - (P_2)M_2$
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
1 - начальное и ниже,	1,4	0,8	0,4	0,4	0,0	0,0	-0,97	1,74
2 - неполное среднее,	7,2	1,7	3,8	1,2	0,0	0,0	-1,00	4,15
3 - среднее общее,	11,3	2,1	10,6	1,9	14,3	4,4	0,76	0,61
4 - среднее специальное,	19,5	2,7	18,5	2,4	14,3	4,4	-0,94	1,00
5 - незаконченное высшее,	14,9	2,4	10,2	1,9	15,9	4,6	0,15	0,18
6 - высшее.	43,9	3,3	53,2	3,1	55,6	6,3	0,95	1,64
Среднебалльный уровень образования	4,7	0,1	4,9	0,1	5,1	0,2	1,00	2,16

внутри которой личность существует весь период трудоспособности. Высокий уровень образования и успешная профессиональная деятельность определяют социальный статус респондентов и собственно характер труда (табл. 3.4.3.). Так, большинство 3-й группы составляют служащие (38,1%). Преобладают служащие и во 2-й группе, но их представительность лишь 33,2%. А вот в 3-й группе самой многочисленной прослойкой оказались рабочие – 27,7%.

Таблица 3.4.3.

Социальная структура групп с различным размером мотивационного поля

Социальная группа	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности $P_1 - P_2$
	P	$\pm m$	P	$\pm m$	P	$\pm m$		
1 - рабочий,	27,7	3,0	25,4	2,7	23,8	5,4	-0,91	0,47
2 - предприниматель,	8,1	1,8	9,1	1,8	11,1	4,0	0,98	0,68
3 - служащий,	23,5	2,9	33,2	2,9	38,1	6,1	0,97	2,16
4 - учащийся школы, ПТУ, колледжа,	1,8	0,9	0,8	0,5	0,0	0,0	-1,00	2,02
5 - студент ВУЗА,	9,5	2,0	5,8	1,5	9,5	3,7	0,01	0,01
6 - домохозяйка,	5,4	1,5	3,8	1,2	3,2	2,2	-0,97	0,84

7 - пенсионер по возрасту,	14,9	2,4	15,4	2,3	6,3	3,1	-0,78	2,20
8 - пенсионер по инвалидности,	6,3	1,6	4,2	1,2	4,8	2,7	-0,70	0,50
9 - безработный,	1,4	0,8	1,9	0,8	1,6	1,6	0,43	0,13
10 - другое (впишите)	1,4	0,8	0,4	0,4	1,6	1,6	0,18	0,13
Всего	100,0		100,0		100,0			

В связи со специфичной социальной структурой групп можно предположить о существовании различий и в их статусности, во всяком случае, растет доход респондентов при переходе от первой группы к третьей (от 14000 руб. к 15000 руб.), а так же растет сумма расходов, выделяемая на поддержание стоматологического здоровья (от 4000 руб. к 8000 руб.). И если о достоверности продекларированных доходов говорить не приходится ($t=0,55$), то расходы очень убедительно ($t=3,01$) показывают истинный экономический статус групп (табл. 3.4.4.). Рассматривая непосредственные причины стоматологических заболеваний невозможно проигнорировать такие обусловленные экономическим статусом индикаторы как среднесуточное потребление сахара и характеристики питьевого водоснабжения респондентов.

Таблица 3.4.4.

Некоторые медико-экономические характеристики респондентов в группах с различным размером мотивационного поля

Медико-экономические индикаторы	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности $(P_1)M_1 - (P_2)M_3$
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
Средний доход на одного члена Вашей семьи в месяц	14666,7	673,5	14774,1	512,4	15314,5	962,6	0,93	0,55
Общая сумма расходов на стоматологическое лечение в руб. за последний год	4430,4	493,7	5753,2	395,8	8153,6	1134,5	0,99	3,01
Примерная доза суточного потребления сахара (в гр.)	148,3	7,3	215,9	14,2	242,8	32,0	0,97	2,88

Так, доза сахара увеличивается от 148 гр. в 1-й группе, через 215 гр. во 2-й до 242 гр. в 3-й. Аналогично нарастает предпочтение бутилированной воды – 24,4%, 29,1% и 54,0% соответственно в 1-й, 2-й, и 3-й группах.

Используют воду для питья из централизованного водопровода 71,5% - 1-я группа, 70,9% - 2-я группа, 44,4% - 3-я группа (табл. 3.4.5.). Эта характеристика подтверждает предъявление мотивированными респондентами более жестких требований к качеству жидкости, используемой для удовлетворения такой физиологической потребности, как жажда.

Таблица 3.4.5.

Основные характеристики питьевого водоснабжения респондентов в группах с различным размером мотивационного поля

Характеристика питьевого водоснабжения	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t- критерий достоверности разности P ₁ -P ₂
	P	±m	P	±m	P	±m		
1 - централизованный водопровод;	71,5	3,0	70,9	2,8	44,4	6,3	-0,87	3,89
2 - артезианская скважина;	1,8	0,9	0,4	0,4	0,0	0,0	-0,95	2,02
3 - колодец;	0,5	0,5	0,4	0,4	0,0	0,0	-0,93	1,00
4 - открытый водоем;	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,87	1,00
5 - бутилированная вода;	24,4	2,9	29,1	2,8	54,0	6,3	0,93	4,27
6 - другое	1,4	0,8	3,8	1,2	4,8	2,7	0,97	1,22

Из таблицы 3.4.6., которая характеризует самосохранительную активность респондентов, можно сделать вывод, что суммарная позитивная активность выше в третьей группе, т.е. размер мотивационного поля по сохранению стоматологического здоровья так же определяет и общую самосохранительную активность.

Таблица 3.4.6.

Самосохранительная активность респондентов в группах с различным размером мотивационного поля

Индикаторы самосохранительной активности	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t- критерий достоверности разности (P ₁)M ₁ -(P ₂)M ₃
	M(P)	±m	M(P)	±m	M(P)	±m		
1. Занимаюсь спортом.	9,5	2,0	16,6	2,3	12,7	4,2	0,45	0,69
2. Сбалансировано питаюсь.	4,1	1,3	4,2	1,2	9,5	3,7	0,87	1,39
3. Качественно питаюсь.	1,8	0,9	7,2	1,6	11,1	4,0	1,00	2,29
4. Воздерживаюсь от вредных привычек.	41,2	3,3	48,7	3,1	42,9	6,2	0,21	0,24

5. Принимаю витамины.	7,2	1,7	11,3	1,9	22,2	5,2	0,97	2,71
6. Регулярно посещаю врача.	8,6	1,9	15,8	2,2	28,6	5,7	0,99	3,33
7. Соблюдаю режим дня.	5,4	1,5	10,2	1,9	6,3	3,1	0,18	0,27
8. Веду физически активный образ жизни.	11,3	2,1	21,1	2,5	15,9	4,6	0,46	0,90
9. Ежедневно бываю на свежем воздухе.	14,9	2,4	15,1	2,2	14,3	4,4	-0,76	0,13
10. Другое	0,9	0,6	0,8	0,5	0,0	0,0	-0,93	1,42
Суммарная самосохранительная активность	104,9	6,1	151,0	6,5	163,5	14,0	0,95	3,85
Ничего не делаю для сохранения здоровья	27,1	3,0	19,2	2,4	17,5	4,8	-0,94	1,72

Отношение респондентов к своему здоровью можно так же оценить по высказываниям, отраженным в таблицах 3.4.7., 3.4.8., 3.4.9. Так, медицинская информация более актуально для респондентов 3-й группы, что указывает на больший интерес к своему здоровью с их стороны.

Таблица 3.4.7.

Оценка актуальности медицинской информации респондентами из групп с различным размером мотивационного поля

Степень актуальности информация о здоровье	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности (P ₁)M ₁ -(P ₂)M ₃
	M(P)	±m	M(P)	±m	M(P)	±m		
1. Только об этом и думаю.	5,4	1,5	4,9	1,3	11,1	4,0	0,83	1,34
2. Медицинская информация так же актуальна, как и любая другая.	70,1	3,1	73,6	2,7	82,5	4,8	0,97	2,18
3. Мне это малоинтересно.	19,0	2,6	14,7	2,2	4,8	2,7	-0,97	3,78
4. Терпеть не могу медицинскую информацию.	2,7	1,1	4,9	1,3	1,6	1,6	-0,33	0,59
Среднебалльная оценка актуальности медицинской информации.	2,73	0,05	2,75	0,04	3,03	0,06	0,89	3,78

Более половины респондентов третьей группы (57,1%) отметили частичную зависимость от состояния здоровья сохранение достигнутого

социального статуса. Максимальное количество респондентов отметивших полную зависимость своего социального статуса от здоровья (24,0%) также как и полную независимость (31,7%) оказались в первой группе.

Таблица 3.4.8.

Самооценка значимости здоровья для достижения целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого социального статуса, респондентов в группах с различным размером мотивационного поля

Самооценка	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности $(P_1)M_1 - (P_2)M_3$
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
1. Не зависит от состояния моего здоровья;	31,7	3,1	29,1	2,8	23,8	5,4	-0,98	1,27
2. Частично зависит от состояния моего здоровья;	36,7	3,2	46,8	3,1	57,1	6,2	1,00	2,92
3. Полностью определяется уровнем моего здоровья.	24,0	2,9	22,6	2,6	15,9	4,6	-0,93	1,49
Среднебалльная оценка значимости здоровья.	1,77	0,06	1,91	0,05	1,86	0,09	0,64	0,81

Неудивительно, что установка на сохранение здоровья (табл. 3.4.9.) в 3-й группе оказалась выше остальных. Это еще раз подтверждает, что ширина мотивационного поля находится в сопряженных отношениях с позитивной установкой на сохранение здоровья.

Таблица 3.4.9.

Самооценка установки на сохранение здоровья в группах респондентов с различным размером мотивационного поля

Самосохранительные установки	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности $(P_1)M_1 - (P_2)M_3$
	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$	M(P)	$\pm m$		
1. Я люблю себя так сильно, что ради сохранения моего здоровья откажусь от любого поступка, связанного с самым незначительным риском для здоровья.	8,1	1,8	9,8	1,8	15,9	4,6	0,95	1,56
2. Предпочитаю не причинять вреда своему	64,3	3,2	60,4	3,0	68,3	5,9	0,51	0,60

организму.									
3. При выполнении высокооплачиваемой работы можно рисковать здоровьем.	15,8	2,5	20,0	2,5	19,0	4,9	0,74	0,58	
4. Я всегда поступаю так, как нужно для дела, независимо от того, как это отразится на здоровье, есть более важные приоритеты.	7,7	1,8	10,2	1,9	0,0	0,0	-0,72	4,29	
Среднебалльная оценка установки на сохранение здоровья	2,65	0,06	2,68	0,05	3,06	0,10	0,89	3,44	

Описывая структуры единого установочно-мотивационного комплекса респондентов невозможно проигнорировать их ценностное пространство. Очевидно, что ценности есть социализированные потребности (что сейчас актуально удовлетворять в социуме), а мотивы поведения – опредмеченные потребности (почему *именно* мы будем стремиться к достижению актуализированных ценностей). В соответствии с ожиданиями суммарное ценностное пространство (табл. 3.4.10.) в 3-й группе оказалось наибольшим (637,8 У.Е.). Мы получили подтверждение существования взаимозависимости: «ценности-мотивы». Большее суммарное ценностное пространство сопровождалось более широким мотивационным полем. Очевидно, есть основания говорить о существовании не только единого УМК, но и единого ценностно-установочно-мотивационного комплекса (ЦУМК).

Таблица 3.4.10.

Ценностное пространство респондентов в группах с различным размером мотивационного поля

Элементы ценностного пространства	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности (P ₁)M ₁ -(P ₂)M ₃
	M(P)	±m	M(P)	±m	M(P)	±m		
1. хорошее здоровье;	80,1	2,7	87,9	2,0	95,2	2,7	1,00	3,99
2. наличие работы;	63,3	3,2	72,8	2,7	76,2	5,4	0,96	2,05
3. счастливая семейная жизнь;	73,3	3,0	77,0	2,6	96,8	2,2	0,93	6,35

4. жить без войны;	44,3	3,3	40,8	3,0	57,1	6,2	0,74	1,81
5. высокий уровень жизни;	37,1	3,2	54,3	3,1	81,0	4,9	0,99	7,41
6. свобода;	22,2	2,8	24,2	2,6	14,3	4,4	-0,76	1,51
7. образование;	21,7	2,8	19,6	2,4	23,8	5,4	0,50	0,35
8. любовь;	34,8	3,2	33,6	2,9	52,4	6,3	0,83	2,48
9. взаимопонимание с окружающими;	26,2	3,0	34,0	2,9	33,3	5,9	0,83	1,07
10. возможность приносить пользу людям;	17,6	2,6	21,5	2,5	20,6	5,1	0,74	0,52
11. религия;	5,0	1,5	6,0	1,5	6,3	3,1	0,95	0,40
12. литература и искусство;	5,4	1,5	10,2	1,9	6,3	3,1	0,18	0,27
13. спорт;	4,5	1,4	10,2	1,9	3,2	2,2	-0,18	0,52
14. высокая социальная защищенность;	16,7	2,5	29,4	2,8	28,6	5,7	0,83	1,90
15. творчество;	7,7	1,8	6,8	1,5	6,3	3,1	-0,98	0,38
16. возможность влиять на ход событий;	11,8	2,2	13,2	2,1	9,5	3,7	-0,60	0,52
17. большое количество детей;	6,3	1,6	5,3	1,4	6,3	3,1	0,01	0,00
18. Секс;	8,6	1,9	22,6	2,6	20,6	5,1	0,79	2,21
19. Другое	0,9	0,6	0,4	0,4	0,0	0,0	-1,00	1,42
Суммарное ценностное пространство	487,5	10,8	569,8	10,3	637,8	19,2	1,00	6,83

Кроме того, были обнаружены принципиальные различия и в приоритетных ценностях групп. Так в 1-й и 2-й группах первое, второе и третье ранговые места соответственно занимали «Хорошее здоровье», «Счастливая семейная жизнь» и «Наличие работы». В 3-й группе на первом месте оказалась «Счастливая семейная жизнь», на втором «Хорошее здоровье» и на третьем «Высокий уровень жизни». Наивысший показатель брачности в 3-й группе, очевидно, подразумевает преобладание семейного приоритета над здоровьесберегающим.

В таблице 3.4.11. отражены ответы респондентов на вопрос об основных мотивах посещения врача-стоматолога. Суммарное мотивационное поле в 3-й группе составляло 468,2 У.Е., что почти в 4 раза больше чем в 1-й группе.

Таблица 3.4.11.

Основные мотивы посещения стоматолога в группах респондентов с различным размером мотивационного поля

Мотивы посещения врача-стоматолога	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t-критерий достоверности разности (P ₁)M ₁ -(P ₂)M ₂
	M(P)	±m	M(P)	±m	M(P)	±m		
3) эстетика (хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола);	5,0	1,5	33,2	2,9	73,0	5,6	1,00	11,77
б) желание избавиться от зубной боли;	20,4	2,7	46,0	3,1	54,0	6,3	0,96	4,91
5) престиж (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе);	0,5	0,5	10,9	1,9	49,2	6,3	0,95	7,72
2) самосохранительный: а) я очень дорожу моим здоровьем;	29,4	3,1	32,1	2,9	46,0	6,3	0,93	2,38
б) меня беспокоит неприятный запах изо рта;	3,6	1,3	27,9	2,8	41,3	6,2	0,99	5,95
в) я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем;	11,3	2,1	24,2	2,6	41,3	6,2	1,00	4,57
1) прагматический: а) мне нужно чем-то пережевывать пищу;	15,4	2,4	33,2	2,9	38,1	6,1	0,95	3,45
в) страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем;	7,7	1,8	17,4	2,3	27,0	5,6	1,00	3,29
8) посещение стоматолога поможет моей самореализации и самовыражению: а) мое настроение;	0,0	0,0	0,8	0,5	19,0	4,9	0,88	3,85
б) посещение стоматолога входит в мой стереотип поведения;	1,8	0,9	1,1	0,6	14,3	4,4	0,84	2,77
б) хочу узнать подробности	0,5	0,5	1,9	0,8	12,7	4,2	0,91	2,90

своего стоматологического здоровья из любопытства;									
9) здоровые и красивые зубы помогают мне зарабатывать на жизнь и комфорт в быту;	0,5	0,5	1,5	0,7	12,7	4,2	0,90	2,90	
б) мне нравится психологический климат в этом леч.учреждении;	0,0	0,0	0,8	0,5	9,5	3,7	0,90	2,58	
11) возможность управления собственным стоматологическим здоровьем (креативный);	0,0	0,0	1,5	0,7	9,5	3,7	0,93	2,58	
7) корпоративный: а) как все, так и я;	0,0	0,0	2,6	1,0	6,3	3,1	1,00	2,07	
б) мне так нравится (творческое отношение к своему здоровью);	0,0	0,0	0,8	0,5	6,3	3,1	0,92	2,07	
4) когнитивный: а) личные профессиональные знания и умения;	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	2,2	0,87	1,44	
12) выполняю распоряжение моего агента влияния (муж,	0,5	0,5	0,4	0,4	3,2	2,2	0,85	1,21	
10) процесс лечения зубов доставляет мне удовольствие;	0,0	0,0	0,8	0,5	1,6	1,6	1,00	1,01	
жена,	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,00	*	
Другой	0,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,87	1,42	
Всего	97,5	6,0	237,5	7,9	468,2	20,8	0,99	17,10	

* - показатель не рассчитывается для нулевых значений.

Качественные характеристики МСЧ групп объясняют многие поведенческие особенности респондентов. Как же распределились мотивы посещения врача-стоматолога в наименее мотивированной группе? На первом месте «самосохранительный мотив» (потребность в безопасности), на втором – «желание избавиться от зубной боли» (физиологическая потребность), и на третьем – «мне нужно чем-то пережевывать пищу» (физиологическая потребность). Более 65% мотивационного поля респондентов 1-й группы (базовая часть) находится на первых двух ступенях

иерархии потребностей Маслоу. Можно предположить, что уровень социализации личности, уровень доминирующих потребностей (ступень в пирамиде Маслоу) и размер мотивационного поля тесно связаны.

Во 2-й группе наблюдалось следующее распределение мотивов. Первые два места занимали мотивы – «желание избавиться от зубной боли» и «мне нужно чем-то пережевывать пищу» (физиологические потребности). На третьем месте был обнаружен эстетический мотив – «хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола». С полной уверенностью можно утверждать, что респонденты этой группы перешли на более высокую ступень в пирамиде потребностей. В соответствии с обнаруженной закономерностью стал больше и размер мотивационного поля (МП). 3 базисные потребности занимают 47,3% МП.

У респондентов 3-й группы на первом месте был отмечен эстетический мотив. На втором – желание избавиться от зубной боли, и на третьем месте мотив, обусловленный престижем («иметь здоровые и красивые зубы – это сейчас высоко ценится в обществе»). Таким образом, два из трех лидирующих мотивов определяют потребности, располагающиеся на высоких ступенях пирамиды Маслоу. 3 базисные потребности занимают 37,6% МП. Кроме того, такой важный для профилактики стоматологических заболеваний мотив как «посещение стоматолога входит в мой стереотип поведения» также более актуален для респондентов 3-й группы (14,3% против 1,8% в 1-й группе).

Таким образом, респонденты, чьи потребности располагаются на более высоких ступенях пирамиды Маслоу, имеют более широкое мотивационное поле посещения врача-стоматолога. Они формируют стереотипы поведения, способствующие профилактированию стоматологических заболеваний и повышению самосохранительной активности. Очевидно, что на частном примере самосохранительного поведения в стоматологической сфере мы столкнулись с более общей закономерностью, связанной с развитием общественной организации, с ее усложнением и переходом от механической

к органической солидарности. По мере развития (постарения) общества будет меняться и структура преобладающих в нем потребностей и сопровождающих им мотивов поведения. Так, в соответствии с рис. 3.4.1. можно определить, что население мегаполисов следует по пути увеличения МП.

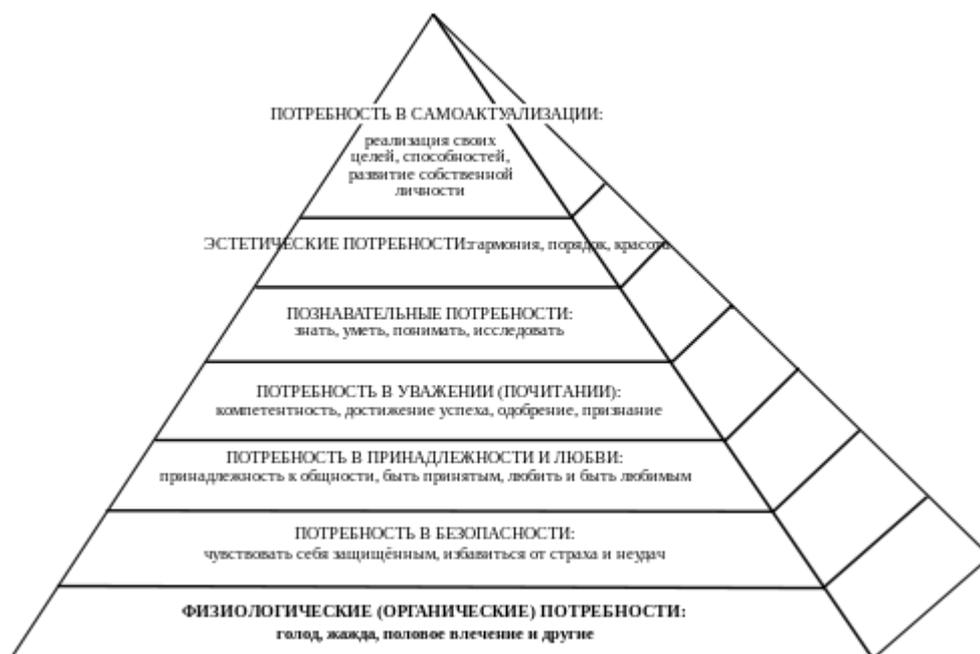


Рисунок 3.4.1. Распределение человеческих потребностей в порядке их иерархической значимости по А.Маслоу.

1-ю групп в этом смысле можно назвать более древней (архаичной) формой социальной организации. Респонденты, относящиеся к этой группе, подвижны, как и предполагал А. Маслоу, мотивами низшего порядка. Во 2-й переходной группе наблюдается выравнивание удельных весов мотивов низшего и высшего порядка. 3-я группа наглядно демонстрирует, что высшие мотивы становятся преобладающими и способны выигрывать конкуренцию с физиологическими мотивами и мотивами безопасности (рис. 3.4.2.). В основе указанных преобразований находится факторная среда (рис. 3.4.3.), которая состоит из 4-х основных элементов: увеличение дохода; укрепление внутрисемейных коммуникаций; повышение уровня образования; расширение ценностного пространства. При этом в соответствии с критерием Стьюдента наибольшее значение имеет именно увеличение размера системы

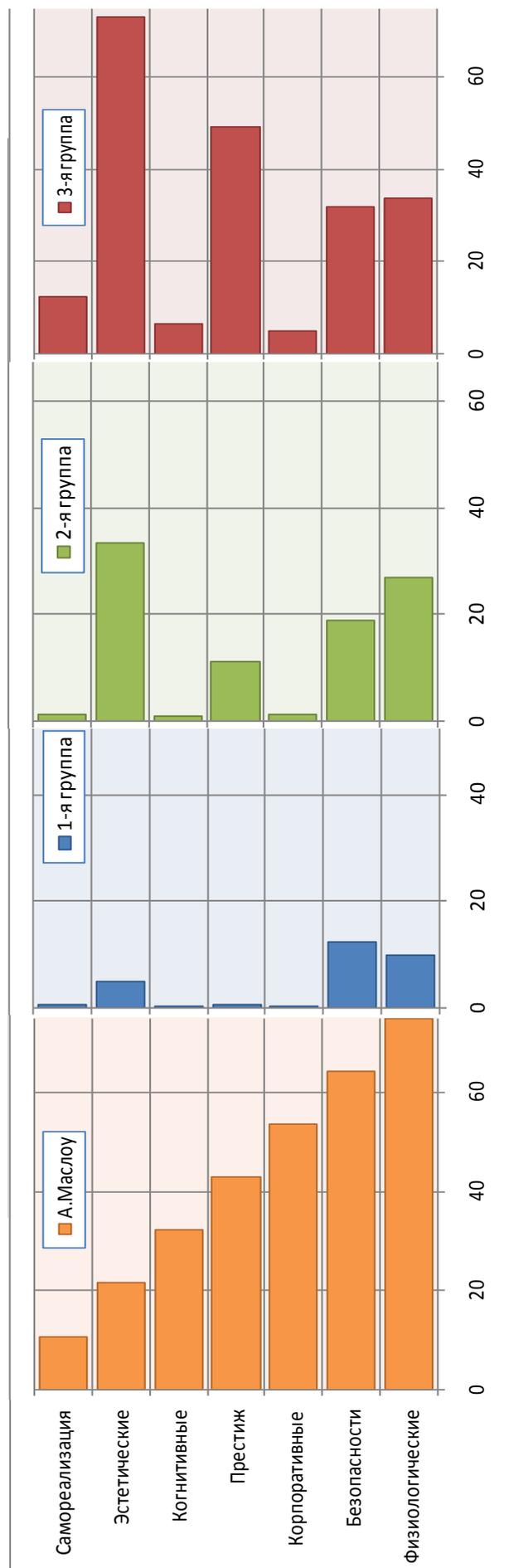


Рисунок 3.4.2. Иерархия потребностей и их мотивационное выражение в сфере сохранения стоматологического здоровья (на примере групп взрослого населения с различным размером мотивационного поля)

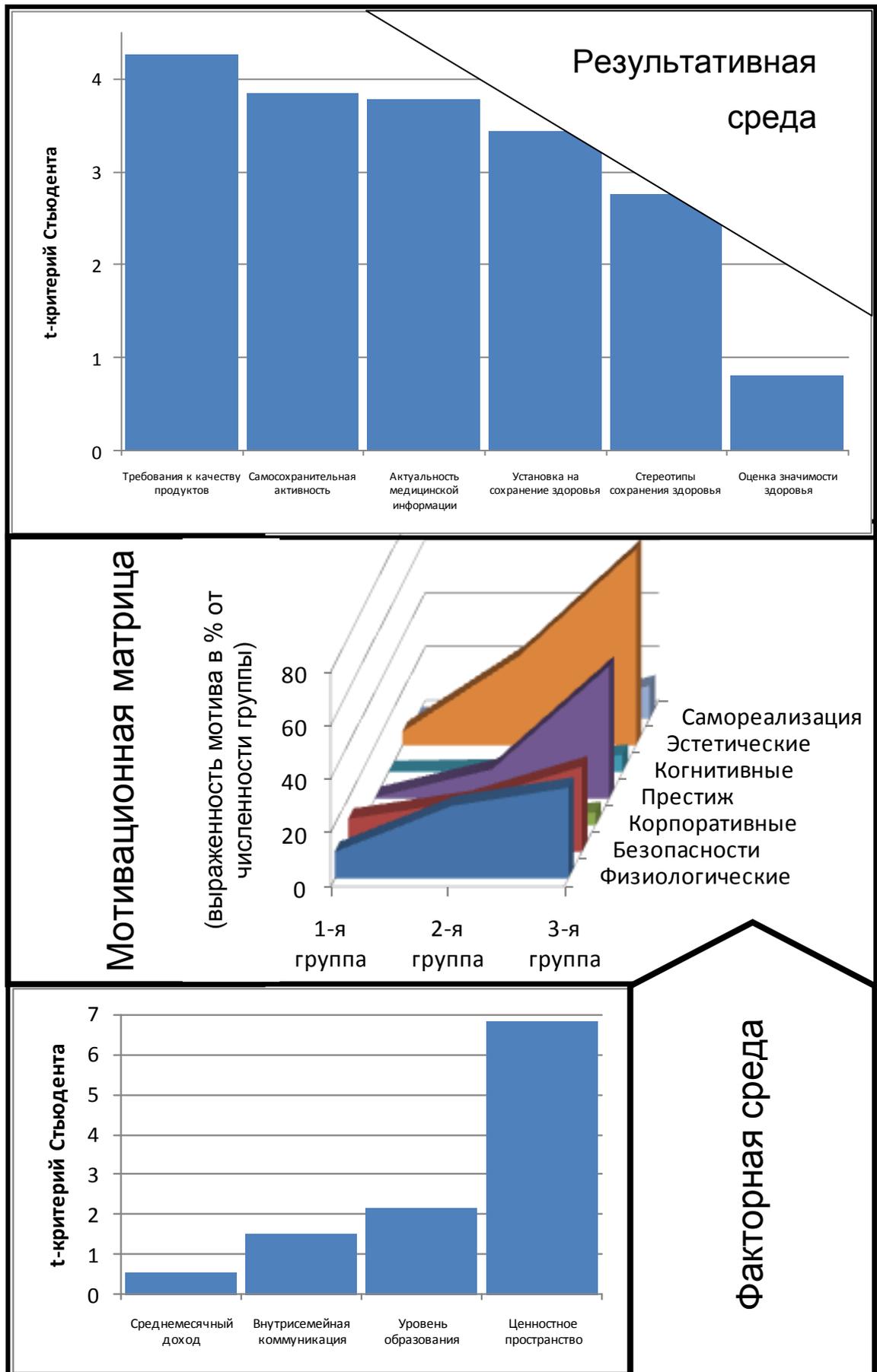


Рисунок 5.4. Современная мотивационная модель поведения взрослого населения по сохранению стоматологического здоровья

ценностей ($t=6,83$). Рассчитанные для всех факторов КРК оказались близки к «1», т.е. характеризовали связь как сильную. Ядром модели самосохранительного поведения в стоматологической сфере явилась мотивационная матрица, в которой преобладали эстетические мотивы, обнаруженные у 73,0% респондентов 3-й группы.

Результативная среда, обнаруженная в ходе исследования, включала: повышение значимости здоровья; формирование стереотипов сохранения здоровья; формирование установки на сохранение здоровья; повышение актуальности медицинской информации; повышение самосохранительной активности; повышение требований к качеству продуктов питания (в частности к питьевой воде). При КРК, соответствующем сильной связи, наивысшее значение t -критерия (4,27) отмечалось у индикатора – «потребление бутилированной воды».

Выводы:

1. Мотивационное поле имеет размер, который может быть использован как индикатор социальной солидарности исследуемой общности людей.
2. Увеличение размера мотивационного поля свидетельствует о переходе от механической социальной солидарности к органической.
3. Учитывая факт неизбежного и поступательного развития общества, т.е. постепенного вытеснения представителями 3-й группы всех остальных, можно предположить, что в ближайшем будущем спрос на медицинскую стоматологическую помощь будет определяться не физиологическими, а именно социозависимыми потребностями человека.
4. Способствуют увеличению размера мотивационного поля: семейное положение (брак), наличие высшего образования, высокий социальный статус, увеличение дохода и ценностного пространства.
5. Увеличение мотивационного поля влечет за собой увеличение самосохранительной активности, увеличение значимости здоровья при достижении жизненных целей, увеличение интенсивности установки на

сохранение здоровья, увеличение требований к качеству потребляемых продуктов и самое главное формирование стереотипов поведения по сохранению здоровья.

Заключение

Неслучайно изучению мотивационной сферы в настоящее время уделяется столько внимания^{215, 216, 217, 218, 219, 220, 221}. Именно от нее, в конечном итоге, зависит медицинская, социальная и экономическая эффективность системы здравоохранения вообще и стоматологической службы в частности, уровень общественного и стоматологического здоровья. Только мотив в состоянии обеспечить возникновение социальной системы «пациент-врач» и последующее результативное взаимодействие сторон в рамках указанной системы^{222, 223, 224}. При этом необходимо учитывать, что мотивы формируются в процессе индивидуального развития личности как устойчивые оценочные диспозиции. До сегодняшнего дня не существовало единой точки зрения на проблему возможностей и активирующих воздействий среды в процессе возникновения групповых различий в мотивах. Наша попытка выяснить истинное положение вещей в указанной проблематике была связана с появлением возможности измерения мотивов путем целенаправленного опроса в категориальном поле социологии медицины. Мы отдавали отчет в том, что люди различаются по индивидуальным проявлениям мотивов, их силе и характеру. У разных людей возможны различные иерархии мотивов. В

²¹⁵ De Jongh A. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? / A De Jongh, P Adair, M Meijerink-Anderson // *International Dental Journal*. – 2005 - vol.55(2) - P.73-80.

²¹⁶ Dijksterhuis A, Nordgren LF. A theory of unconscious thought. / A Dijksterhuis, LF Nordgren. // *Perspec. Psychol. Sci.* - 2006. - №1 - P. 95-109.

²¹⁷ Halvari AEM Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of Self-Determination Theory. / AEM Halvari, H. Halvari // *Motivation Emotion*. - 2006. - vol.30 – P. 294-305.

²¹⁸ Epstein J.B. Oral lesions in patients participating in an oral examination screening at an urban dental school. / J.B.Epstein, D.Wilines et al // *J.A.Dental Assoc.* – 2008. – vol. 139 - №10. – p. 1338-1344.

²¹⁹ Hangejorden O. Socio-economic inequality in the self-reported number of natural teeth among Norwegian adults – an analytical study. / O. Hangjorden, K.S. Klock et al // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2008. – vol.36 - №3. – P. 269-278.

²²⁰ Hugoson A Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. / A Hugoson, D Lundgren, B Asklöv et al. // *Periodont.* - 2007. - vol. 34 - P. 407-415.

²²¹ Jimenez M. Racial ethnic variations in associations between socio economic factors and tooth loss / M. Jimenez, T. Dietrich, M.C. Shin // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2009. – vol.37, - №3. – p. 267-275.

²²² Kiyak AHA Barriers to and enables of older adults' use of dental services. / AHA Kiyak, M Reichmuth // *J Dent Educ* – 2005 - vol.69 - P 975-986.

²²³ Pūriene A Private or public dental care? Patients' perceptions and experience in Lithuania. / A Pūriene, J Petrauskienė, I Balciuniene, V Janulyte, J Kutkauskienė, M Musteikyte. // *Medicina*. - 2008 - Vol. 44 - P. 805-811.

²²⁴ Ettinger RL Rational dental care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? / RL Ettinger // *Journal of the Canadian Dental Association* - 2006, - vol.72(5) - P. 441-445.

данном случае переход на групповой уровень упрощал решение проблемы измерения мотивов благодаря применению методов медицинской статистики в части ее параметрических и непараметрических критериев^{225, 226}. При этом мы разделяли взгляды физиологов на существование принципа доминанты в поведении человека. Т.е. в определенный момент времени любой индивид мотивируется не любыми или всеми возможными его мотивами, а наиболее актуальным, который и возглавляет ситуационную иерархию мотивов. Именно этот мотив при данных условиях ближе всех связан с перспективой достижения соответствующего целевого состояния. Такой мотив активируется, становится действенным^{227, 228}. В данном случае наше исследование испытало столкновение с проблемой актуализации мотива, т.е. с проблемой выделения ситуационных условий, приводящих к такой актуализации. Очевидно, использованная нами индикаторная система позволила справиться с указанной задачей и изучить факторный массив с медико-демографической, экономической, социальной и психологической стороны.

Очень большое значение при проведении мотивационных исследований имеет временной фактор. В обычной жизни, сравнимой с лонгитудинальной методикой, мотив остается действенным, т.е. участвует в мотивации поведения до тех пор, пока не будет достигнуто целевое состояние соответствующего взаимодействия в системе «пациент-врач». Возможна ситуация, при которой целевое состояние начинает отдаляться под давлением изменившихся условий. Так, другой мотив может стать более насущным, в результате чего последний активируется и становится

²²⁵ Pashayev A. C. An Investigation into the Prevalence of Dental Caries and its Treatment Among the Adult Population With Low Socio-Economic Status in Baku, Azerbaijan / A.C. Pashayev, U.F. Mammadov, S.T. Huseinova.// Oral health and dental management. - 2011. - Vol. 10 - No. 1 - P.7-12.

²²⁶ *NHS Primary Care Dental Services: Implementation of local commissioning*. London: Department of Health; 2005.

²²⁷ Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. / JL Bastos, LH Nomura, MA Peres.// *Cadernos de Saúde Pública* – 2005. - vol. 21. - P. 1416-1423.

²²⁸ Fukuda H. Oral health status among low-income people admitted to Osaka Socio-Medical Center in Japan / H.Fukuda, K.Kuroda et all //Int. Dent. J. –2009. – vol.59 - №2. – p. 96-102.

доминирующим. Действие, как и мотив, нередко прерывается до достижения желаемого состояния или распадается на разбросанные во времени части. Проблема выделения в потоке поведения частей действия, т.е. проблема смены мотивации, возобновления или последствия уже имевшей место мотивации относится к проблемам психологического мониторинга, не входящего в методический аппарат настоящего исследования, которое являлось одномоментным социологическим срезом медико-социальной реальности, рассмотренным под разными углами зрения. В такой ситуации респондент не имеет выбора и указывает именно доминирующий мотив или группу однонаправленных мотивов. Благодаря этому обстоятельству удастся добиться требуемой статистической четкости и однозначности выводов. С другой стороны проведение подобных скрининговых исследований позволяет отследить достижение цели мотива, т.е. оценить мотивированную деятельность. В свою очередь деятельность складывается из отдельных функциональных компонентов восприятия, мышления, научения, воспроизведения знаний, или моторной активности (навыков), которые имеют соответствующие проекции в социологическую и медицинскую сферы. Полученная в ходе нашего исследования мотивационная модель поведения взрослого населения по сохранению стоматологического здоровья позволила определить основные направления мотивированной деятельности. Более того, анализ функционирования модели раскрыл глубинные механизмы и внутреннюю логику определенного выбора, который осуществляет конкретный мотив, между различными возможными действиями, между различными вариантами восприятия медико-социальной действительности и возможными содержаниями самосохранительного мышления на групповом уровне²²⁹.

Наблюдаемое в разнородных с мотивационной точки зрения группах самосохранительное поведение было очень интересно сопоставить с

²²⁹ Verbakel NJ Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. / NJ Verbakel, DL Zwart, M Langelaan, TJ Verheij, C Wagner // BMC Health Serv Res – 2013 - Vol. 13 - P. 354-359.

реальным уровнем стоматологического здоровья. Термин «скрининг», обозначающий в нашем случае «фильтрацию» или «просеивание», относится не только к социологической, но и к медицинской части нашего исследования²³⁰. Так, респонденты с самым большим по размеру МП (табл. 1) имели наименьшее количество интактных зубов.

Таблица 1

Среднегрупповое количество интактных зубов в группах респондентов с различным размером мотивационного поля

Индикатор стоматологического здоровья	Количество отмеченных мотивов						КРК	t-критерий достоверности разности M ₁ -M ₃
	0-1		2-3		4 и более			
	М	±m	М	±m	М	±m		
Число интактных зубов	10,7	0,4	10,0	0,4	7,4	0,6	-0,94	4,61
Число интактных зубов после линейного тренда	12,5	0,4	11,9	0,4	8,9	0,4	-0,93	6,34

Также необходимо отметить достаточно низкую посещаемость стоматолога. Все респонденты независимо от размера МП в среднем имеют контакт со стоматологом 1,8 раз в год. Эта форма самосохранительного поведения пока не стала массовым явлением^{231, 232}. Однако ее ростки можно оценить по следующим данным: 0-1 посещение в год делают 53,6% респондентов; 2-3 посещения - 39,3%; 4 и более посещений - 7,1% от выборки. Т.е. уже сегодня каждый 14 респондент считает своим долгом посетить стоматолога не реже, чем 1 раз в квартал. Чем же отличается эта группа респондентов кроме своей малочисленности? Также как и остальные она на 40% состоит из мужчин, средний возраст идентичен средневыборочному (42 года). Однако мотивы самосохранительного поведения и уровень стоматологического здоровья (табл. 2) заслуживают особого внимания.

²³⁰ Epstein J.B. Oral lesions in patients participating in an oral examination screening at an urban dental school. / J.B.Epstein, D.Wilines et al // J.A.Dental Assoc. – 2008. – vol. 139 - №10. – p. 1338-1344.

²³¹ Hugoson A. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. / A Hugoson, D Lundgren, B Asklöv et al. //Periodont. - 2007. - vol. 34 - P. 407-415.

²³² Pūriene A Private or public dental care? Patients' perceptions and experience in Lithuania./ A Pūriene, J Petrauskienė, I Balcuniene, V Janulyte, J Kutkauskienė, M Musteikyte. // Medicina. - 2008 - Vol. 44 - P. 805-811.

Таблица 2

Мотивационное поле и количество интактных зубов в группах респондентов с различным уровнем посещаемости врача-стоматолога

Индикаторы наибольших различий	Число посещений в год						КРК	t-критерий достоверности разности (P ₁)M ₁ -(P ₂)M ₂
	0-1		2-3		4 и более			
	M(P)	±m	M(P)	±m	M(P)	±m		
Я очень дорожу моим здоровьем	31,5	3,0	34,9	3,6	61,3	8,7	-0,91	3,22
Меня беспокоит неприятный запах изо рта	19,6	2,6	19,2	3,0	0,0	0,0	0,87	7,56
Желание избавиться от зубной боли	34,5	3,1	36,6	3,7	12,9	6,0	0,82	3,18
Число интактных зубов	9,9	0,4	9,8	0,5	11,8	1,2	-0,85	1,43
Число интактных зубов после линейного тренда	11,8	0,4	11,5	0,4	13,8	1,0	-0,79	1,77

Респонденты, имеющие сформированный самосохранительный стереотип поведения, движимы не физиологическими мотивами предотвращения боли или запаха, для них здоровье представляет наивысшую ценность, и эта ценностная ориентация обеспечивает в конечном итоге наилучшие показатели стоматологического здоровья, избавляя и от запаха и от боли²³³.

²³³ De Jongh A. Clinical management of dental anxiety: what works for whom?/ A De Jongh, P Adair, M Meijerink-Anderson // International Dental Journal. – 2005 - vol.55(2) - P.73-80.

Выводы

1. Более 70% репрезентативной выборки взрослого населения не обращались за помощью в стоматологические лечебно-профилактические учреждения даже при наличии у них серьезных заболеваний зубов и полости рта. Средневыборочная потребность в лечении кариеса составила 3,9 зуба на 1 осмотренного. 68% обследованных нуждались в услугах врача-стоматолога-ортопеда. Объем оказанной пациентам ортопедической помощи составил на момент осмотра менее 50% от потребности.
2. Структура модельной группы, имеющей наибольшую мотивированность к самосохранительному стоматологическому поведению, характеризовалась преобладанием семейных респондентов (разница с группой слабомотивированных составила 14,6%, $p < 0,05$), превышением среднебалльного уровня образования (разница – 8,5%, $p < 0,05$), увеличением доли служащих в социально-профессиональном составе (разница – 62,1%, $p < 0,05$), расширением ценностного пространства (разница – 30,8%, $p < 0,01$) по отношению к слабо мотивированным участникам опроса.
3. Модельная (3-я) группа респондентов, имеющая наиболее прогрессивный паттерн стоматологического самосохранительного поведения, составляла 11,5% от выборки взрослого населения. Она характеризовалась расширением мотивационного поля в 4,8 раза по сравнению с низкомотивированными (1-я группа) и 2,4 раза по сравнению со среднемотивированными пациентами (2-я группа). Интегральная самосохранительная активность респондентов 3-й группы составляла 163,5 балла, что в 1,5 раза выше, чем в 1-й группе ($p < 0,01$).
4. Установлена достоверная корреляционная связь между увеличением размера мотивационного поля, обеспечивающего явку пациентов в стоматологическую медицинскую организацию, и ростом ценностного пространства. Различия в размерах ценностного пространства выделенных

модельных групп составили: между 2-й и 3-й – 11,9% ($p < 0,05$); между 3-й и 1-й – 30,8% ($p < 0,05$).

5. «Здоровье» как самостоятельная ценность высшего порядка принимает участие в увеличении мотивационной сферы. Двукратное (с 31,5 до 61,3%) повышение актуальности мотива «Я очень дорожу моим здоровьем» сопровождалась активизацией самосохранительного стоматологического поведения, связанного с увеличением частоты посещений врача-стоматолога от 0-1 до 4-х и более раз в год ($p < 0,05$). Указанная поведенческая стратегия характеризуется увеличением количества интактных зубов на 14-16% по сравнению с респондентами, движимыми мотивами низшего порядка (желанием избавиться от зубной боли и др.).

Практические рекомендации

1. Рекомендовать Минобрнауки РФ: включить в программы преподавания гуманитарного блока учебных дисциплин материал социально-психологических разделов, посвященный методикам качественного и количественного анализа ценностного пространства, мотивационного поля и самосохранительных установок населения, как основной инструмент социальной диагностики и самодиагностики, сформированный в конкретном проблемно-целевом контексте ухудшающегося стоматологического здоровья населения, направленный на выявление групп риска с использованием предлагаемой автором индикаторной системы; использовать полученные диссертантом данные для разработки адресных программ социальной терапии, направленной на формирование когнитивной основы и устойчивых навыков самосохранительного поведения в стоматологической сфере (по типу программ по борьбе с наркозависимостью или ВИЧ-СПИДом).
2. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования расширить профилактический раздел Программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью за счет включения услуг по формированию у населения устойчивой мотивационной основы эффективного поведения по сохранению здоровья зубов и полости рта, оказываемых врачом-стоматологом-гигиенистом при первичном посещении.
3. Рекомендовать МЗ РФ пересмотреть кадровую политику в отношении подготовки специалистов стоматологов-гигиенистов по следующим направлениям: 1) повысить уровень профессиональной подготовки со среднего до высшего; 2) расширить учебные программы за счет включения медицинских, социологических, социально-психологических, психолого-педагогических, юридических и иных соответствующих компетенций; 3) увеличить контрольные цифры выпуска гигиенистов-стоматологов с 1,5-2 тыс. до 8-10 тыс. специалистов в год с тем, чтобы к 2020 г. довести

обеспеченность населения РФ услугами профилактической стоматологии до среднемировых стандартов – 4-5 врачей стоматологов-гигиенистов на 10 тыс. населения.

4. Юридическим службам медицинских организаций включить в форму Информированного добровольного согласия пациента, применяемую в стоматологических учреждениях, следующие разделы «Медицинской карты стоматологического больного» (ф. 043/у): обследование пациента при первичном обращении, уточнение общего состояния здоровья со слов пациента; внешний осмотр; стоматологический статус; данные рентгенологических и других исследований; предварительный диагноз; оценка рисков стоматологических заболеваний; мотивация по установленным факторам риска; поэтапный план лечения по результатам обследования пациента, оценка степени достижения результата на каждом этапе выполнения плана, а также раздел обязательств пациента по выполнению рекомендаций врача и приверженности здоровьесберегающему поведению.

Литература

1. Алексенко В. Н. География Ростовской области: учебник. / В. Н. Алексенко, М. И. Мартынова // – Ростов-на-Дону: ООО «Терра», 2005. – 120 с.
2. Алимский А. В. Роль и место организации и управления стоматологической службой страны в условиях рыночных отношений / Алимский А. В. // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2009. - №1(27). - С. 14 - 17.
3. Алимский А. В. Мотивация обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры / А. В. Алимский, Лемберг Н. А., Рабинович И. М. // Клиническая стоматология. М., 2009. - №1. - С. 74 - 76.
4. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области в 2007 - 2008 годах // Статистический сборник №6. - Ростов-на-Дону. – 2009. – 26 с.
5. Андрееenkova А. В. Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование». / А. В. Андрееenkova, Л. А. Беляева // – М.: «Academia». 2009. – 384 с.
6. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. / П. К. Анохин - М.: Медицина. - 1975. - 232 с.
7. Арсеенкова О. Ю. Медико-социальные аспекты оптимизации профилактики осложнений беременности по фактору стоматологическое здоровье: автореферат дис. ... канд. мед. наук. / О. Ю. Арсеенкова - М., 2012. – 22 с.
8. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология / Г. М. Барер. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. – 224 с.
9. Бачков И. В. Введение в профессию «психолог»: Учеб. пособие / В. И. Бачков, И. Б. Гриншпун, Н. С. Пряжников; Под ред. И. Б. Гриншпуна. - Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. – 464 с.

10. Болгов С. В. Прогнозирование стоматологической заболеваемости по медико - биологическим и социально - гигиеническим факторам риска. / С. В. Болгов, К. А. Разинкин, О. Н. Чопоров. // Врач - аспирант. - 2011. - Т. 49. - № 6.2. - С. 294 - 301.
11. Борисенко Л. Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л. Г. Борисенко // Стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 13 - 15.
12. Бугоркова И. А. Обследование детского населения донецкой области на заболевания пародонта для формирования региональной программы стратегического планирования работы стоматологической службы. / И. А. Бугоркова // Медико-социальные проблемы семьи. - 2013. - Т. 18. - № 3. - С. 86 - 89.
13. Бутова В. Г., Зими́на Э. В., Каплан М. З. Управление качеством стоматологической помощи. – М.: СТВООК, 2007. – 224 с.
14. Бутова В. Г. Система организации стоматологической помощи населению России. / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский, Н. Г. Ананьева – М.: Медицинская книга. 2005. – 165 с.
15. Быковская Т. Ю. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области. / Т. Ю. Быковская. - Ростов-на-Дону: Министерство здравоохранения Ростовской области. – 2009. – 26 с.
16. Вейсгейл Л. Д. Влияние основных научных направлений в стоматологии на исследовательскую работу и качество медицинской помощи населению. : Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Л. Д. Вейсгейл. – Волгоград. – 2006. – 34 с.
17. Величина прожиточного минимума. Министерство труда и социального развития Ростовской области. 2013. URL: <http://mintrud.donland.ru/Default.aspx?pageid=57904> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
18. Величковский Б. Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский // Здравоохранение РФ. – 2006. - №2. – С. 8 - 17.

19. Вишневский А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса [Электронный ресурс] / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин, Л. И. Якобсон, Е. Г. Ясин // Отечественные записки. – 2006. – № 2(29). URL: <http://www.strana-oz.ru/2006/2/rossiyskoe-zdravoohraneniya-kak-vyyti-iz-krizisa-doklad>. (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).
20. Вусатая Е. В. Медико–социальные аспекты стоматологической заболеваемости взрослого населения и пути ее профилактики в современных условиях. : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Вусатая. – Рязань, 2007. – 25 с.
21. Вялков А. И. Состояние системы управления качеством в здравоохранении. / А. И. Вялков, П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. - №12. – С. 3 - 8.
22. Гринин В. М. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению / В. М. Гринин, Н. Н. Предтеченский // Стоматология для всех. - 2004. - №1. - С. 28 - 29.
23. Громов И. А. Западная социология. / И. А. Громов, И. А. Мацкевич, В. А. Семёнов. – СПб. : ООО «Издательство ДНК», 2003. – 537 с.
24. Грудянов А. И. Состояние стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня образования. / А. И. Грудянов, Н. Б. Найговзина, В. А. Овсянников // Стоматология. – 2007. - №108 – С. 24 - 28.
25. Гундаров И. А. Методологические причины кризиса факторной концепции профилактической медицины / И. А. Гундаров, В. А. Полесский // Материалы V Международной научно - практической конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» (Гомель, 15 - 16 мая 2014 года) / Гомель: УО ГомГМУ. – 2014. – С. 68 - 71.
26. Гуренкова О. В. Анализ динамики изменения экономической стратификации современного российского общества / О. В. Гуренкова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный

журнал). Красноярск: Научно - инновационный центр, 2011. № 1(05). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2011/01/1.pdf> (Дата обращения: 20. 05. 2011г.).

27. Данилова Н. Б. Научное обоснование оптимизации трудового процесса врачей - стоматологов терапевтического профиля: Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. / Н. Б. Данилова. – СПб., 2004. – 263 с.

28. Деларю В. В. Конкретные социологические исследования в медицине. / В. В. Деларю. – Волгоград: ВГУМУ. – 2005. – 97 с.

29. Денисова И. А. Состояние стоматологической лечебно - профилактической помощи в учреждениях негосударственного сектора / И. А. Денисова, В. М. Гринин // Стоматология для всех. - 2004. - №2. - С. 38-40.

30. Деревянченко С. П. Гендерная социализация в семье как фактор здоровьесберегающего поведения в стоматологии. / С. П. Деревянченко, Р. Э. Кесаева, Е. Е. Маслак // Социология медицины. – 2006. - №1. – С. 56 - 61.

31. Деревянченко С. П., Маслак Е. Е., Колесова Т. В. Знания родителей о профилактике стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста. / С. П. Деревянченко, Е. Е. Маслак, Т. В. Колесова // В сборнике: Актуальные вопросы стоматологии Сборник материалов электронной научно - практической конференции, посвященной 80-летию профессора В. Ю. Миликевича. Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Волгоградский государственный медицинский университет. - 2012. - С. 44 - 47.

32. Добавление, изменение и удаление линии тренда на диаграмме. URL: <http://office.microsoft.com/ru-ru/excel-help/HP010007461.aspx#top> (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).

33. Дорохина А. И. Социально - гигиеническое исследование стоматологического статуса населения мегаполиса (на примере г. Москвы): Автореф. дис. ... канд. мед. Наук / А. И. Дорохина. – М, 2008. - 27с.

34. Дьяченко В. Г. Введение в общую врачебную практику в стоматологии: Учебное пособие / В. Г. Дьяченко. М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», - 2009, – 312 с.
35. Екимова Н. Рейтинговая оценка образовательного потенциала регионов России / Н. Екимова // Журнал об инвестиционных возможностях России «Капитал страны» [Электронный ресурс] URL: <http://www.kapital-rus.ru/articles/article/212988/> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
36. Емелина Г. В. Анализ стоматологической заболеваемости в выборе методов и подходов индивидуальной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта. / Г. В. Емелина, В. М. Гринин, П. В. Иванов, Н. К. Кузнецова, Л. А. Зюлькина // Современные проблемы науки и образования. Электронный научный журнал. – 2011, - № 2. URL: <http://www.science-education.ru/96-4582> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
37. Ефименко С. А. Социология пациента. : Автореф. дис. ... докт. мед. наук / С. А. Ефименко. – М., 2007. – 48 с.
38. Журавлева И. В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели / Журавлева И. В. // Социология медицины. – 2004. – №2. – С. 11 - 17.
39. Журавлева И. В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде / И. В. Журавлева // Социология медицины. – 2011. – №1. – С. 32 - 41.
40. Заборовская И. Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи / И. Г. Заборовская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – С. 39 - 43.
41. Иванов А. Г. Распространенность и прогнозирование факторов риска нарушений репродуктивной функции женщин / А. Г. Иванов // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т. 85. – №6. – С. 415 - 418.
42. Ивенская Т. А. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т. А. Ивенская, Ю. Г. Элланский, И. Ю.

- Худоногов, С. В. Хлынин // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 18 - 22.
43. Ильин В. В. Аксиология / В. В. Ильин – М.: Изд-во МГУ. – 2005. – 216 с.
44. Илюхина О. В. Коммуникативная активность женщин в группах с различным уровнем репродуктивного здоровья /О. В. Илюхина // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал) - 2012. - №1(09). URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/ilyukhina.pdf>
45. Исследование личности с помощью 16-факторного опросника Кеттела (форма С). URL: <http://azps.ru/tests/4/catelmet.html> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
46. Калашников В. Н. Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг. / В. Н. Калашников Автореф. дис. д. м. н. – Ростов-на-Дону. – 2008. – 44 с.
47. Карпович Д. И. Стоматологическая заболеваемость спортсменов, современные представления. / Д. И. Карпович, А. В. Смоленский, А. В. Михайлова // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - Т. XIX. - № 2. - С. 55 - 57.
48. Киселев А. С. Динамика здоровья населения в зависимости от доходов / А. С. Киселев // Экономика здравоохранения. – 2005. - №1. – С. 22 - 29.
49. Классификация мотивов URL: http://www.psichology.vuzlib.org/book_o514_page_16.html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
50. Кобзарь А. И. Прикладная математическая статистика. / А. И. Кобзарь. – М.: Физматлит. – 2006. – 628 с.
51. Ковалев А. П. Диагностика банкротства. / А. П. Ковалев – М.: Финстатинформ. – 2005. – 185 с.
52. Колесникова В. И. Банковское дело. / В. И. Колесникова – М.: «Финансы и статистика». - 2006. – 480 с.

53. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (Дата обращения: 15.01.2014г.).
54. Креймер М. А. Экономико-математические аспекты мониторинга здоровья населения и среды обитания. / М. А. Креймер // Гигиена и санитария. – 2005. - №2. – С. 72 - 74.
55. Кузьмина Э. М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям ВОЗ. / Э. М. Кузьмина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – С. 13 - 17.
56. Кузьмина Э. М. Динамика стоматологической заболеваемости 12-летних детей Краснодарского края за 10 лет. / Э. М. Кузьмина, М. В. Турьянская // Dental Forum. - 2011. - Т. 37. - № 1. - С. 33 - 37.
57. Кулаков А. А. Проблемы и состояние отечественной теоретической стоматологии на современном этапе. / А. А. Кулаков, А. С. Григорьян, А. И Воложин // Стоматология. – 2006. - №5. – С. 4 - 7.
58. Кучеренко В. З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. – 192 с.
59. Лаврищева Г. А. Формирование здорового образа жизни в современных условиях. Социология медицины: наука и практика. / Под ред. Решетникова А. В. // Сборник статей: - М. – 2012. – С 156 - 160.
60. Легков И. А. Коммуникативный подход к изучению софинансирования пациентами территориальных программ государственных гарантий. Муниципальное здравоохранение: современное состояние и пути модернизации. / И. А. Легков, И. Ю. Худоногов // Материалы II региональной научно - практической конференции организаторов здравоохранения: 18 мая 2012 г. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. – 2011. – С. 183 - 189.

61. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний. / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М.: - 2006. – 416 с.
62. Леонтьев В. К. Мнение стоматологов о стоматологической службе, стоматологической помощи и стоматологии России в целом (состояние, недостатки, пути развития) / В. К. Леонтьев, В. Н. Олесова // Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России URL: <http://e-stomatology.ru/publication/mnenie/> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
63. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология. / П. А. Леус – М. Медицинская книга. – 2008. – 444 с.
64. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю. П. Лисицын. – М. – 2002. – 535 с.
65. Мажаренко В. А. Методология управления качеством в оказании стоматологической помощи населению / В. А. Мажаренко, Т. В. Маркина, Т. А. Зинченко// Межрегиональный сб. науч. труд. Вопросы стоматологии, посв. 80 лет. со дня рожд. проф. Э. С. Тихонова и 50 - лет Рязанской стоматол. ассоциации. Рязань. – 2009. – С. 45 - 47.
66. Маслак Е. Е. Возможна ли профилактика кариеса без фторидов - взгляд с точки зрения доказательной медицины / Е. Е. Маслак // DENTAL FORUM. - 2011. - №1 (37). - С. 46 - 49.
67. Маслак Е. Е. Профилактика стоматологических заболеваний – основное направление развития современной стоматологии. URL: [http://www.oblstom.oblzdrav.ru/orgmetod/doklad - maslak. doc](http://www.oblstom.oblzdrav.ru/orgmetod/doklad-maslak.doc) (Дата обращения: 12. 04. 2014г.);
68. Маслоу А. Мотивация и личность. Пер. с англ. / А. Маслоу – СПб. : Питер, 2008. – 352 с.
69. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М.: Професионал, - 2009. – 432 с.
70. Меладзе В. Курс технического анализа. URL: http://www.parusinvestora.ru/systems/book_meladze/book1.shtm (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).

71. Методические рекомендации по разработке критериев и оценке доступности для потребителей товаров и услуг организаций коммунального комплекса. Москва, 2009 г. URL: <http://base1.gostedu.ru/57/57546/#i101869> (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).
72. Миняев В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков – М.: МЕДпресс - информ. – 2009. – 656 с.
73. Михальченко Д. В. Отношение пациентов к платным стоматологическим услугам / Д. В. Михальченко // Социология медицины. – 2007. - № 2. – С 44 - 48.
74. Михальченко Д. В. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике/ И. В. Фирсова, Д. В. Михальченко// Вестник ВолГМУ. – 2007. – N2. – С 36 - 40.
75. Михальченко Д. В. Экспресс - оценка уровня мотивации к стоматологическим лечебно - профилактическим мероприятиям / Д. В. Михальченко, Е. М. Чаплиева, Л. Б. Осадшая, С. В. Клаучек. – Волгоград. : Изд-во ВолГМУ. – 2009. – 25 с.
76. Мотив: «все что угодно». URL: http://www.psichology.vuzlib.org/book_o514_page_17.html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
77. Мотив и мотивация. Теории мотивации. URL: <http://www.psyworld.ru/for-students/cards/general-psychology/985-2010-12-08-10-24-09.html> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
78. Мотивы и мотивации. Энциклопедия Экономиста. URL: <http://www.grandars.ru/college/psihologiya/motivy-i-motivaciya.html> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
79. Нецепляев Д. А. Государственные и негосударственные лечебные организации: выбор горожан / Д. А. Нецепляев, В. А. Мажаренко // Социология города. – 2010. - №4. – С 29 - 34.
80. Новикова К. И., Тиллоев Х. Х. Демографические и социально-экономические аспекты доступности стоматологических услуг. / К. И.

Новикова, Х. Х. Тиллоев // 67 - я Итоговая научная конференция молодых учёных Ростовского государственного медицинского университета. Материалы конференции – Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, - 2011. – С. 523 - 524.

81. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье. Сущность. Значение для качества жизни. Критерии оценки. / Ю. Л. Образцов // Стоматология. – 2006. - №4. – С. 41 - 42.

82. Олесов Е. Е. Клинико - экономическое обоснование профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий с опасными условиями труда. / Е. Е. Олесов, Н. И. Шаймиева, Р. У. Берсанов, Е. Ю. Хавкина, Н. О. Гришкова, А. Е. Олесов // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 6. - С. 39 - 41.

83. Орлов А. И. Теория принятия решений. Учебное пособие. / А. И. Орлов – М.: Издательство "Март", 2004. – 456 с.

84. Официальный портал городской Думы и Администрации города. URL: <http://www.rostov-gorod.ru/?ID=23724> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

85. Павлов Н. Б., Сабгайда Т. П. Влияние сопутствующей патологии на распространение стоматологических заболеваний и стоимость их лечения. / Н. Б. Павлов, Т. П. Сабгайда. URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/354/30/lang,ru/> (Дата обращения: 24. 08. 2013г.).

86. Пастбин М. Ю. Современные системы оценки и регистрации кариеса зубов. Обзор литературы. / М. Ю. Пастбин, М. А. Горбатова, Е. И. Уткина, А. М. Гржибовский, Л. Н. Горбатова // Экология человека. - 2013. - № 9. - С. 49 - 55.

87. Прохончуков А. А. Задачи информатизации стоматологии в плане реформы здравоохранения. / А. А. Прохончуков, А. Г. Колесник, Ю. С. Алябьев // Сборник трудов. Материалы XXI и XXII Всероссийских научно - практических конференций - М., 2009. - С. 83 - 85.

88. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную специальность): Руководство. / А. В. Решетников – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
89. Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1(18). – С. 3 - 14.
90. Решетников А. В. Социология обязательного медицинского страхования (часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2013. – № 2. – С. 3 - 10.
91. Родзянко Н. Г. Комплексный Атлас «Ростовская область. История и современность». / Н. Г. Родзянко. - Ростов-на-Дону: ООО «Донской издательский дом». – 2002. – 98 с.
92. Силантьева С. Г. Отношение населения к проблеме профилактики стоматологических заболеваний (по результатам социологического опроса). / С. Г. Силантьева, О. А. Козаченко, Н. Б. Соловьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - №5. – С. 19 - 21.
93. Социальная солидарность. Социология. URL: <http://socio.rin.ru/cgi-bin/article.pl?id=961> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
94. Статистика. Метод скользящей средней. 2012 URL: <http://helpstat.ru/2012/02/metod-skolzyashhey-sredney/> (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).
95. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. / Под ред. Проф. Э. М. Кузьминой. – М.: 2009. – 236 с.
96. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. / Под ред. проф. О. О. Янушевича. - М.: 2009. – 228 с.
97. Токарева Ю. М. Многофакторный анализ оценки качества медицинской помощи как метод социальной работы в здравоохранении / Ю. М. Токарева // Материалы Всероссийской научно - практической

конференции «Социальная работа в регионе: состояние, проблемы перспективы», Республика Башкортостан. – 2009. – С. 122 - 125.

98. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России. URL: http://www.e-stomatology.ru/star/work/2011/program_ (Дата обращения: 24. 08. 2013г.)

99. Философский энциклопедический словарь. / Советская энциклопедия . - М. 1983 URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/4819/ (Дата обращения 01. 11. 2013г).

100. Хальфин Р. А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р. А. Хальфин // Экономика здравоохранения. – 2007. – №11(120). – С. 45 - 50.

101. Хлынин С. В. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта на муниципальном уровне: Автореф. дисс. канд. мед. наук. / С. В. Хлынин. - СПб., 2011. - 23 с.

102. Худоногов И. Ю. Самооценка репродуктивного здоровья в группах женщин с различной гендерной коммуникационной активностью/ И. Ю. Худоногов, О. В. Илюхина / Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 16. Сборник научных трудов. - СПб. : Изд-во «ВВМ», 2011. - С. 304 - 307.

103. Худоногов И. Ю. Маркетинговые исследования потребителей стоматологических услуг в государственных и частных медицинских учреждениях / И. Ю. Худоногов, Н. А. Кудинова, О. А. Осадчук // Молодой организатор здравоохранения: Сб. науч. ст. студентов и молодых учёных, посвящ. памяти проф. В. К. Сологуба / отв. ред. М. М. Петрова. – Красноярск: Версо, 2012. – С. 398 - 402.

104. Шаповалова О. А. Средства массовой информации как механизм формирования ценностного отношения населения к своему здоровью: теоретико-методологические основы анализа / О. А. Шаповалова // Социология медицины. – №2. – 2008. – С. 15 - 19.

105. Щеловских М. В. Обоснование системы гигиенических мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у различных групп населения.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /М. В. Щеловских. – М., 2008. – 25 с.
106. Щепин О. П., Коротких Р. В., Щепин В. О. и др. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин и др. – М., 2009 г. – 357 с.
107. Элланский Ю. Г. Современные проблемы управления качеством медицинской помощи. / Ю. Г. Элланский, В. Н. Чернышов, И. А. Пакус, Р. А. Тлепцеришев // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Ростов-на-Дону. 2004. – С. 3 - 5.
108. Элланский Ю. Г. Состояние и тенденции в изменении здоровья населения ЮФО. / Ю. Г. Элланский, В. Н. Чернышов, и др. // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Р/Д, 2004. – С. 29 - 31.
109. Элланский Ю. Г. Качество медицинской помощи, его оценка и организация контроля в системе здравоохранения. Уч. пособие. / Ю. Г. Элланский, Т. Ю. Быковская, В. Н. Калашников. и др. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. 2008. – 80 с.
110. Элланский Ю. Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 1. / Ю. Г. Элланский, И. В. Дударев, И. А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 144 с.
111. Элланский Ю. Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 2. / Ю. Г. Элланский, И. В. Дударев, И. А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 336 с.
112. Элланский Ю. Г., Пакус И. А., Ходарев С. В. Экономика для медицинских работников. / Ю. Г. Элланский, И. А. Пакус, С. В. Ходарев – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2009. – 270 с.
113. Элланский Ю. Г. Организация медико-социальной помощи населению. Часть II: практич. руководство для студентов и врачей / Ю. Г. Элланский, Р.

- А. Тлепцеришев, Е. М. Савина, В. Л. Фисенко, И. О Пакус – Ростов-на-Дону. 2005. – 268 с.
114. Юл Д. Э., Кендэл М. Д. Теория статистики. / Д. Э. Юл, М. Д. Кендэл– М.: Госстатиздат. 1960. - 275 с.
115. Яблокова Н. А., Севбитов А. В. Роль радиационного фактора в формировании стоматологической заболеваемости детского населения. / Н. А. Яблокова, А. В. Севбитов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - Т. 57. - № 6. - С. 82 - 87.
116. Abrahamsson KH The importance of dental beliefs for the outcome of dental - fear treatment. / KH Abrahamsson, U Berggren, M Hakeberg, SG Carlsson // *European Journal of Oral Sciences* - 2003, - 111(2). - P. 99 - 105.
117. Al - Mudaf B. A. Patient satisfaction with three dental speciality services: a centre - based study. / B. A. Al - Mudaf , M. A. Moussa, M. A. Al - Terky, G. D. Al - Dakhil, A. E. El - Farargy, S. S. Al - Ouzairi // *Med Princ Pract* - 2003; - 12(1): - 39 - 43.
118. Aunger R. Tooth brushing as routine Behavior / R. Aunger // *International Dental Journal*. - 2007. - Vol. 57. - No. 0 - P. 1 - 13.
119. Ayo - Yusuf O. A. Association of tooth loss with hypertension / O. A. Ayo Yusuf, I. J. Ayo - Yusuf // *South Afric. Med. Jour.* – 2008. – vol. 98, - №5. - P. 381 - 385.
120. Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. / JL Bastos, LH Nomura, MA Peres. // *Cadernos de SaúdePública* – 2005. - vol. 21. - P. 1416 - 1423.
121. Bernabé E Income, income inequality, dental caries and dental care levels: an ecological study in rich countries. / E Bernabé, A Sheiham, W Sabbah. *Caries Research* – 2009, - vol. 43, - 294 - 301.
122. Blinkhorn AS A cluster randomized controlled trial of the value of dental health educators in general health practice. / AS Blinkhorn, D Gratrix, PJ Holloway, YM Wainwright - Stringer, SJ Ward, HV Worthington. // *Br Dent J* - 2003 - vol. 195 – P. 395 - 400.

123. Carvalho J. C. Oral Health Determinants and Caries Outcome among Non - Privileged Children. / J. C. Carvalho, E. F. Silva, E. O. Vieira, A. Pollaris, A. Guillet, H. D. Mestrinho // *Caries Res.* – 2014 - vol. 48 – P. 515 - 523.
124. Chalmers JM. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. / JM Chalmers, RL. Ettinger // *Dent Clin N Am.* – 2008 - vol. 52 - P. 423 - 446.
125. Chalmers JM. Minimal intervention dentistry: part 1. Strategies for addressing the new caries challenge in older patients. / JM. Chalmers // *JCDA* – 2006. - vol. 72. - P. 427 - 433.
126. Chalmers JM. Oral health promotion for our aging Australian population. / JM. Chalmers // *Austr Dent J* – 2003 - vol. 48, - P. 2 - 9.
127. Clu D. The oral health of homeless adolescents and young adults and determinants of oral health: preliminary findings / D. Clu, P. Milgrom // *Spec. Care Dentist.* – 2008. – vol. 28 - №6. – P. 237 - 242.
128. Cooper RP. Mechanisms for the generation and regulation of sequential behaviour. / RP. Cooper // *Philosophical Psychol* - 2003 - vol. 16 – P. 389–416.
129. Croucher R, Sohanpal R: Improving access to dental care in East London's ethnic minority groups: community based, qualitative study. / R Croucher, R Sohanpal // *Community Dental Health* - 2006, - №23(2) – P. 95 - 100.
130. De Jongh A. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? / A De Jongh, P Adair, M Meijerink - Anderson // *International Dental Journal.* – 2005 - vol. 55(2) - P. 73 - 80.
131. Dijksterhuis A, Nordgren LF. A theory of unconscious thought. / A Dijksterhuis, LF Nordgren. // *Perspec. Psychol. Sci.* - 2006. - №1 - P. 95 - 109.
132. Epstein J. B. Oral lesions in patients participating in an oral examination screening at an urban dental school. / J. B. Epstein, D. Wilines et all // *J. A. Dental Assoc.* – 2008. – vol. 139 - №10. – p. 1338 - 1344.
133. Ettinger RL Rational dental care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? / RL Ettinger // *Journal of the Canadian Dental Association* - 2006, - vol. 72(5) - P. 441 - 445.

134. Fukuda H. Oral health status among low - income people admitted to Osaka Socio - Medical Center in Japan / H. Fukuda, K. Kuroda et all //Int. Dent. J. –2009. – vol. 59 - №2. – p. 96 - 102.
135. Gallagher JE Special care dentistry: a professional challenge. / JE Gallagher, J. Fiske // *British Dental Journal* - 2007, - vol. (202) - P. 619 - 209.
136. Gilmore D. A comparison of the impact of information from a clinician and research - based information on patient treatment choice in dentistry. / D Gilmore, P Sturmeay, JT Newton. // *J Public Health Dent* – 2006 - vol. 66 – P. 242 - 247.
137. Halvari AEM Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of Self - Determination Theory. / AEM Halvari, H. Halvari // *Motivation Emotion*. - 2006. - vol. 30 – P. 294 - 305.
138. Hangejorden O. Socio - economic inequality in the self - reported number of natural teeth among Norwegian adults – an analytical study. / O. Hangjorden, K. S. Klock et all // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2008. – vol. 36 - №3. – P. 269 - 278.
139. Heft MW Relationship of dental status, socio - demographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. / MW Heft, GH Gilbert, BJ Shelton, RP Duncan. // *Community Dent Oral Epidemiol.* - 2003 - vol. 31(5) - P. 351 - 60.
140. Hugoson A Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. / A Hugoson, D Lundgren, B Asklöw et al. // *Periodont.* - 2007. - vol. 34 - P. 407 - 415.
141. Jimenez M. Racial ethnic variations in associations between socio economic factors and tooth loss / M. Jimenez, T. Dietrich, M. C. Shin // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2009. – vol. 37, - №3. – p. 267 - 275.
142. Jones M. Oral health literacy among patients seeking dental care. / M Jones, JY Lee, RG Rozier. // *JADA* - 2007 – vol. 138 - P. 1199 - 1208.
143. Kiyak AHA Barriers to and enables of older adults' use of dental services. / AHA Kiyak, M Reichmuth // *J Dent Educ* – 2005 - vol. 69 - P 975 - 986.

144. Kvale G Dental fear in adults: a meta - analysis of behavioral interventions. / G Kvale, U Berggren, P Milgrom // *Community Dentistry and Oral Epidemiology* - 2004, - vol. 32(4) - P 250 - 264.
145. Lawrence H. P. Oral - health related quality of life in a birth cohort of 32 - year olds / H. P. Lawrence, W. M. Thompson, J. M. Broadbent, R. Poulton // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2008. – vol. 36 - №4. – P. 305 - 316.
146. Lea J. Crime as governance: reorienting criminology. 2005 URL: <http://www.bunker8.pwp.blueyonder.co.uk/misc/crimgov.htm> (Дата обращения 01. 11. 2013г.).
147. Lundgren J Relaxation versus cognitive therapies for dental fear – A psychophysiological approach. / J Lundgren, SG Carlsson, U Berggren // *Health Psychology* - 2006 - vol. 25(3) – P. 267 - 273.
148. Moriyama C. M. Effectiveness of Fluorescence - Based Methods to Detect in situ Demineralization and Remineralization on Smooth Surfaces. / C. M. Moriyama, J. A. Rodrigues, A. Lussi, M. B. Diniz // *Caries Res.* - 2014; - vol. 48 – P. 507 - 514.
149. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. / PJ Moynihan // *Bulletin of the World Health Organization* - 2005 - vol. 83 – P. 694 - 699.
150. Mundt T. Risk - indicators for missing teeth in working age Pomeranians and evaluation of high - risk populations. / T. Mundt, C. Schwahn et all // *J. Public Health Dent.* – 2007. – vol. 67 - №4. – p. 243 - 249.
151. Mundt T. Socioeconomic indicators and prosthetic replacement of missing teeth in a working age population – results of the study of Health in Pomerania (SHIP) / T. Mundt, I. Polzer et all // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2009. – vol. 37 - №2. – p. 104 - 115.
152. *NHS Primary Care Dental Services: Implementation of local commissioning.* London: Department of Health; 2005.
153. Pashayev A. C. An Investigation into the Prevalence of Dental Caries and its Treatment Among the Adult Population With Low Socio - Economic Status in

Baku, Azerbaijan / C. A. Pashayev, U F. Mammadov, S. T. Huseinova. // Oral health and dental management. - 2011. - Vol. 10 - No. 1 - P. 7 - 12.

154. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. / PE. Petersen // Community Dent Oral Epidemiol. – 2005 - Vol. 33: - P. 274–279.

155. Pūriene A Private or public dental care? Patients' perceptions and experience in Lithuania. / A Pūriene, J Petrauskiene, I Balciuniene, V Janulyte, J Kutkauskiene, M Musteikyte. // Medicina. - 2008 - Vol. 44 - P. 805 - 811.

156. Sakalauskiene Z Characteristics of dental attendance among Lithuanian middle - aged university employees. / Z Sakalauskiene, V Machiulskiene, MM Vehkakahti, R Kubilius, H. Murtomaa // Medicina – 2009 - Vol. 45 - P. 312 - 319.

157. Sakalauskiene Ž . Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at Faculty of Odontology, Kaunas University of Medicine. A Pilot study Stomatologija / Ž. Sakalauskiene, V. Mačiulskienė, A. Šertvytytė. // Baltic Dental and Maxillofacial Journal, - 2005. - № 7 – P. 84 – 9.

158. Verbakel NJ Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE - PC questionnaire. / NJ Verbakel, DL Zwart, M Langelaan, TJ Verheij, C Wagner // BMC Health Serv Res – 2013 - Vol. 13 - P. 354 - 359.

159. Vermaire J. H. Three - Year Randomized Controlled Trial in 6 - Year - Old Children on Caries - Preventive Strategies in a General Dental Practice in the Netherlands. / J. H. Vermaire, J. H. G. Poorterman, L. van Herwijnen, C. A van Loveren // Caries Res. – 2014 - Vol. 48 - P. 524 - 533.

160. Waldman H. B. Oral health status of New Yorkers. / H. B. Waldman // N. Y. State Dent. J. – 2008. – vol. 74, - №1. – p. 54 - 55.

161. Whelton H, O'Mulaine DM. Public health aspects of oral diseases and disorders - dental caries. In: Pine C and Harris R (eds). / H Whelton, DM. O'Mulaine // Community Oral Health. Quintessence Publishing Co. Ltd. - 2007, - P 165 - 176.

Приложение

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1 РостГМУ проводит социологическое исследование качества стоматологической помощи. Анкета анонимная, гарантируем Вам конфиденциальность сведений. Результаты исследования будут использованы в модернизации стоматологической службы. Заранее Вам благодарны!

- 1. Ваш пол:** 1 - муж. 2 - жен.
- 2. Ваш возраст:** (вставьте цифру) _____
- 3. Семейное положение:** 1. - никогда не состоял(а) в браке; 2. - живете вместе, но не зарегистрированы; 3. - состоите в браке; 4. - в разводе; 5. - вдовец (вдова)
- 3.1. Состав семьи** (вместе с этими людьми вы живете постоянно): **дети** (впишите сколько) _____ ; **внуки** (впишите сколько) _____ ; **другие родственники** (впишите сколько) _____.
- 4. Образование:** 1 - начальное и ниже, 2 - неполное среднее, 3 - среднее общее, 4 - среднее специальное, 5 - незаконченное высшее, 6 - высшее.
- 5. Профессия:** (впишите) _____
- 6. Социальная группа:** 1 - рабочий, 2 - занимаюсь индивидуальной трудовой деятельностью, 3 - служащий, 4 - учащийся школы, ПТУ, колледжа, 5 - студент ВУЗА, 6 - домохозяйка, 7 - пенсионер по возрасту, 8 - пенсионер по инвалидности, 9 - безработный, 10 - другое (впишите) _____
- 7. Укажите средний доход на одного члена Вашей семьи в месяц** (зарплата + пенсия + доход от личного хозяйства + др.) (вставьте цифру в руб.) _____
- 7.1. Сколько квадратных метров жилплощади приходится на одного проживающего - _____ кв.м.**
- 8. Вы удовлетворены своим материальным положением?** 1 – полностью удовлетворен; 2 – частично удовлетворен; 3 – неудовлетворен полностью.
- 9. Как вы оцениваете состояние своего здоровья:** 1. Отличное 2. Хорошее 3. Удовлетворительное 4. Плохое 5. Очень плохое.
- 10. Оцените качество вашего питания (нужное отметьте):** 1) Питаюсь хорошо и полноценно, ни в чем себе не отказываю; 2) Питаюсь хорошо, но покупаю мало свежих овощей и фруктов; 3) Питаюсь хорошо. Но употребляю много углеводов (хлебобулочные изделия, сахар, кондитерские изделия) 4) Питаюсь плохо, не имею возможности обеспечить полноценное питание; 5) Питаюсь плохо, стараюсь покупать самые дешевые продукты.
- 11. Рост в см (впишите) _____ 12. Вес (кг) _____**
- 13. Потребление сахара, конфет, пирожных:** 1 – равнодушен, 2 – люблю; сколько съедаете в день (примерная доза в граммах) _____
- 13.1. Сколько раз за последний год Вы обращались к стоматологу: _____**

13.2. Где Вы предпочитаете лечиться: 1 –в муниципальных (государственных) поликлиниках, 2 –в частных кабинетах (клиниках).

13.3. Укажите общую сумму расходов на стоматологическое лечение в руб. за последний год:_____

14.Соблюдение гигиены полости рта (чистка зубов): 1 - регулярно, 0 - нерегулярно.**15.При регулярной чистке:** 1 - 1 раз в день; 2 - 2 раза в день, 3 - чаще 2-х раз в день.

14.1. Какие зубные пасты Вы предпочитаете:1 –отечественные, 2 – импортные; (впишите название)_____

16. Качество питьевого водоснабжения: 1 - централизованный водопровод; 2 - артезианская скважина; 3 - колодец; 4 - открытый водоем; 5 - бутилированная вода; 6 - другое (впишите)_____.

17.Что Вы делаете для сохранения здоровья? 1. Ничего. 2. Занимаюсь спортом. 3. Тщательно подбираю питание. 4. Воздерживаюсь от вредных привычек. 5. Принимаю витамины. 6. Регулярно посещаю врача. 7. Соблюдаю режим дня. 8. Веду активный образ жизни. 9. Ежедневно гуляю на свежем воздухе. 10. Другое (впишите)_____

18.Характер профессиональных факторов труда в основной профессии (подчеркнуть): 1 - шум; 2 - вибрация; 3 - меняющиеся метеоусловия; 4 - температурные перепады; 5 - загрязненность воздушной среды пылью или химическими веществами;6 - нервно-эмоциональная напряженность (1-незначительная; 2-умеренная; 3-значительная);7 - напряжение активного внимания (1-зрения; 2-слуха); 8 - двигательная активность (1-низкая; 2-достаточная; 3-недостаточная); 9 - физическая нагрузка (1-низкая; 2-умеренная; 3-большая);10 -работа 1-ритмичная; 2-неритмичная; 11 - ночные работы (1-частые; 2-по графику; 3-редкие); 12 - рабочая поза (преимущественно): 1-стоя; 2-сидя; 3-ходьба.

19.Ваше отношение к переменам:

1. Я не люблю никакие перемены в жизни, игнорирую любые нововведения.
2. В неожиданной ситуации мне свойственна растерянность, перестраиваюсь (переучиваюсь) с трудом.
3. Я легко изменяю свое поведение под давлением новых обстоятельств.
4. Я терпеть не могу монотонного однообразия – смысл моей жизни в переменах.

20.Насколько информация о здоровье для Вас актуальна? 1. Только об этом и думаю. 2. Медицинская информация так же актуальна, как и любая другая.3. Мне это малоинтересно. 4. Терпеть не могу медицинскую информацию.

21.Определите свой социальный статус (авторитет) в семье:1. Я лидер в семье.

2. У нас равные отношения. 3. Предпочитаю не вступать в пререкания. 4. Я делаю с удовольствием все, что мне говорят. 5. Другое (впишите)

22.Как часто Вы занимаетесь спортом или физкультурой? 1. Ежедневно.

2. Когда как. 3. Два-три раза в неделю. 4. Вообще не занимаюсь.

23.Вы курите? 1. Да. 2. Нет. **38.Сколько сигарет в день?** 1. Не курю. 2. 1-10 сигарет. 3. 11-20 сигарет. 4. > 20 сигарет.

24.Как часто у Вас бывают конфликты в семье? 1. Никогда. 2. Раз в год. 3. Раз в месяц. 4. Раз в неделю. 5. Ежедневно.

25.Кто несет непосредственную ответственность за Ваше здоровье (нужное подчеркнуть): 1. Государство; 2. Местные органы власти; 3. Здравоохранение в целом; 4. Ваше лечебное учреждение; 5. Ваш лечащий врач; 6. Ваша семья; 7. Вы сами. 8. Работодатель. 9. Другое (впишите)

26.В случае болезни Вы: 1. Предпочитаю лечиться самостоятельно.

2. Сразу обращаюсь к врачу. 3. Обращаюсь за советом к знакомым, родственникам. 4. Обращаюсь к знахарям, ведуньям. 5. Ничего не делаю: болезнь пройдет сама. 6. Другое _____

27.С какого возраста Вы стали обращаться к стоматологу (число лет): _____.

28.В жизни для Вас является наиболее ценным (отметьте 5-7 приоритетов):

1. хорошее здоровье; 2. наличие работы; 3. счастливая семейная жизнь; 4. жить без войны; 5. высокий уровень жизни; 6. свобода; 7. образование; 8. любовь; 9. взаимопонимание с окружающими; 10. возможность приносить пользу людям; 11. религия; 12. литература и искусство; 13. спорт; 14. высокая социальная защищенность; 15. творчество; 16. возможность влиять на ход событий; 17. большое количество детей; 18. Секс; 19. Другое (впишите) _____

29. По какому поводу Вы обращались к стоматологу (нужное подчеркните): 1. С профилактической целью; 2. Лечение кариеса; 3. Лечение пародонтита; 4. протезирование; 5. Другое (впишите) _____

29.1.Вы употребляете алкоголь? 1. Да. 2. Нет. **35.Если «да», то как часто?** 1. Ежедневно. 2. 2-3 раза в неделю. 3. 1-2 раза в месяц. 4. 1-2 раза в год. 5. Вообще не употребляю. 6. Другое _____

30.Довольны ли Вы качеством стоматологической медицинской помощи, которую Вам оказывали? 1. Да. 2. Нет.

30.1. Оцените степень влияния на Вас и на Ваши планы следующих коммуникантов (подчеркните соответствующую цифру: если 3, то очень сильно влияют; если 2, то - Я могу прислушаться к их мнению, но могу обойтись и без него; и если 1, то, они никак не влияют): Родители - 3, 2, 1; Учителя в школе - 3, 2, 1; Учителя в ВУЗе - 3, 2, 1; Старые друзья - 3, 2, 1; Супруг(а) - 3, 2, 1; Одноклассники - 3, 2, 1; Коллеги - 3, 2, 1; Противоположный пол - 3, 2, 1; Кумиры - 3, 2, 1; Религия - 3, 2, 1; Газеты - 3,

2, 1; Журналы - 3, 2, 1; Радио- 3, 2, 1; Телевидение - 3, 2, 1; Интернет- 3, 2, 1; Начальник - 3, 2, 1; Другие (впишите) _____ - 3, 2, 1.

31. Оцените свои психологические качества (подчеркните соответствующие Вам черты): Замкнутость; Общительность; Конкретность мышления; Абстрактность мышления; Эмоциональная неустойчивость; Эмоциональная устойчивость; Подчиненность; Доминантность; Сдержанность; Экспрессивность (выпячивание); Подверженность чувствам; Нормативность поведения; Робость; Смелость; Жестокость; Чувствительность; Доверчивость; Подозрительность; Практичность; Развитое воображение; Прямолинейность; Дипломатичность; Уверенность в себе; Тревожность; Я сохраняю традиции; Я радикально все меняю; Я приспособленец (конформист); Я никогда не подстраиваюсь под окружение; Низкий самоконтроль; Высокий самоконтроль; Расслабленность; Фрустрированность (напряженность).

32. Какие у Вас в настоящее время имеются заболевания (имеющиеся подчеркните): Инфекционные и паразитарные болезни; Сахарный диабет; Анемии; Тиреотоксикоз; Прочие болезни крови; Ожирение; Психические расстройства и расстройства поведения; Прочие болезни эндокринной системы и обмена веществ

Болезни глаза и его придаточного аппарата; Болезни органов дыхания; Ишемическая болезнь сердца; Болезни кожи и подкожной клетчатки; Артериальная гипертензия; Болезни мочеполовой системы; Цереброваскулярные болезни; Врожденные аномалии; Прочие болезни системы кровообращения; Новообразования; Болезни нервной системы; Болезни костно-мышечной системы

Болезни уха и сосцевидного отростка; Травмы отравления; Болезни органов пищеварения; Другое (впишите) _____

33. Достижение целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого социального статуса. 1. Не зависит от состояния моего здоровья; 2. Частично зависит от состояния моего здоровья; 3. Полностью определяется уровнем моего здоровья.

34. Что, по Вашему мнению, явилось причиной появления у Вас хронических заболеваний (имеющиеся подчеркните): Наследственность; Нарушение религиозных запретов; Часто болел в детстве; Нездоровый образ жизни; Своевременно и регулярно не лечился; Курение; Плохая экология; Избыток алкоголя; Условия труда; Избыток жирной пищи; Хронический стресс; Избыток сладкой пищи; Плохие взаимоотношения в семье; Избыток мясной пищи; Бедность семьи; Дефицит овощей и фруктов; Плохие санитарно-бытовые условия жилища; Гиподинамия; Считал, что здоровье не самое главное в жизни; Другое (впишите) _____

35. Определите свой социальный статус на работе:

1. Мне нравится управлять, я требовательный и жесткий руководитель.
2. Я демократичный руководитель.

3. Мне все равно – могу как руководить, так и подчиняться.

4. Я исполнитель, но надеюсь на карьерный рост.

5. Я прирожденный исполнитель, и не стремлюсь стать руководителем.

36. Укажите Ваши мотивы посещения врача-стоматолога: 1)

прагматический: а) мне нужно чем-то пережевывать пищу;

б) меня беспокоит неприятный запах изо рта;

в) я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем;

2) самосохранительный: а) я очень дорожу моим здоровьем;

б) желание избавиться от зубной боли;

в) страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем;

3) эстетика (хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола);

4) когнитивный: а) личные профессиональные знания и умения;

б) хочу узнать подробности своего стоматологического здоровья из любопытства;

5) престиж (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе);

б) посещение стоматолога входит в мой стереотип поведения;

7) корпоративный: а) как все, так и я;

б) мне нравится психологический климат в этом леч. учреждении;

8) посещение стоматолога поможет моей самореализации и самовыражению:

а) мое настроение;

б) мне так нравится (творческое отношение к своему здоровью);

9) здоровые и красивые зубы помогают мне зарабатывать на жизнь и комфорт в быту;

10) процесс лечения зубов доставляет мне удовольствие;

11) возможность управления собственным стоматологическим здоровьем (креативный);

12) выполняю распоряжение моего агента влияния (муж,

жена,

начальник,

рекламное агентство,

другой (укажите какой) _____).

37. Оцените Вашу установку на сохранение здоровья: 1. Я люблю себя так сильно, что ради сохранения моего здоровья откажусь от любого поступка, связанного с самым незначительным риском для здоровья. 2. Предпочитаю не причинять вреда своему организму. 3. При выполнении высокооплачиваемой работы можно рисковать здоровьем. 4. Я всегда поступаю так, как нужно для дела, независимо от того, как это отразится на здоровье, есть более важные приоритеты.

КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

38. Состояние слизистой оболочки полости рта:

- 0 - нет признаков поражения
- 1 - злокачественная опухоль
- 2 - лейкоплакия
- 3 - красный плоский лишай
- 4 - стоматит (афтозный, герпетический, травматический)
- 5 - острый некротический гингивит
- 6 - кандидоз
- 7 - абсцесс
- 8 - другие заболевания (указать, какие) _____
- 9 - не регистрируется

СОСТОЯНИЕ	ЛОКАЛИЗАЦИЯ

39. Локализация

- 0 - красная кайма губ
- 1 - переходная складка
- 2 - губы
- 3 - ретромолярная область
- 4 - слизистая щек

- 5 - дно полости рта
- 6 - язык
- 7 - твердое и/или мягкое небо
- 8 - альвеолярный гребень/десна
- 9 - не регистрируется

40. Оценка височно-нижнечелюстного сустава, признаки симптомы

- 0 - отсутствие
- 1 - проявление
- 9 - не регистрируется

Признаки: щелканье

- 0 - отсутствие
- 1 - проявление
- 9 - не регистрируется

Болезненность (при пальпации)

- 0 - отсутствие
- 1 - проявление
- 9 - не регистрируется

Ограничение подвижности челюсти (открывание < 30 мм)

- 0 - отсутствие
- 1 - проявление
- 9 - не регистрируется

41. Пятнистость эмали / гипоплазия

Постоянные зубы

- 0 - норма
- 1 - ограниченная пятнистость
- 2 - диффузная пятнистость
- 3 - гипоплазия

ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ															

- 4 - другие дефекты
- 5 - ограниченная и диффузная пятнистость
- 6 - ограниченная пятнистость и гипоплазия
- 7 - диффузная пятнистость и гипоплазия
- 8 - сочетание всех трех типов
- 9 - не регистрируется

Флюороз зубов

- 0 - норма
- 1 - сомнительный
- 2 - очень слабый
- 3 - слабый
- 4 - средний
- 5 - тяжелый
- 8 - исключенный
- 9 - не регистрируется

42. Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ)

- 0 - нет признаков поражения
- 1 - кровоточивость
- 2-камень
- 3 - карман 4-5 мм*
- 4 - карман 6 мм и более*
- X - исключенный секстант
- 9 - не регистрируется

*Не регистрируется для лиц до и включая 14 лет

Потеря прикрепления

- 0 - потеря прикрепления не более 3 мм (код СРІ от 0 до 3)
- 1 - потеря прикрепления 4-5 мм
- 2 - потеря прикрепления 6-8 мм
- 3- потеря прикрепления 9-11 мм
- 4 - потеря прикрепления 12 мм и
- X - исключенный, если а секстанте меньше 2 зубов
- 9 - не регистрируется

более

43. Состояние зубов и потребность в лечении

	ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ															
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Коронка																
Корень																
Потребность в лечении																
Коронка																
Корень																
Потребность в																

лечения																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ															

Критерий:

- A 0 0 интактный
- B 1 1 кариес
- C 2 2 пломба, с кариесом
- D 3 3 пломба, без кариеса
- E 4 - удаление вследствие осложнений кариеса
- 5 - удаление по другим причинам
- F 6 - силант
- 7 - опорный зуб мостовидного протеза, восстановительная коронка, имплантат
- 8 - непрорезавшийся зуб
- T T - перелом
- 9 9 не регистрируется

Потребность в лечении:

- 0 - не требует лечения
- P - профилактика кариеса
- F - силанты
- 1 - пломба на одной поверхности
- 2 - пломба на двух и более поверхностях
- 3 - коронка для любых целей
- 4 - косметическое пломбирование
- 5 - экзодонтическое лечение и пломба
- 6 - удаление зуба
- 7 - необходимость иного лечения
- 8 - необходимость иного лечения
- 9 - не регистрируется

44. Ортопедический статус

- 0 - нет протезов
- 1 - мостовидный протез
- 2 - более одного мостовидного протеза
- 3 - частично-съёмный протез
- 4 - мостовидный(е) и частично-съёмный(е) протез(ы)
- 5 - полный съёмный протез
- 9 - не регистрируется

верхняя

челюсть

--	--

нижняя челюсть

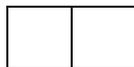
45. Потребность в протезировании

- 0 - нет потребности в протезировании
- 1 - потребность в одном мостовидном протезе

- 2 - потребность более чем в одном мостовидном протезе
- 3 - потребность в частичном съемном протезировании
- 4 - потребность в комбинированном протезировании (мостовидный и частично-съемный протезы)
- 5 - потребность в полном съемном протезировании
- 9 - не регистрируется

верхняя челюсть

нижняя челюсть



46. Челюстно-лицевые аномалии

Зубной ряд

отсутствие резцов, клыков, премоляров на обеих челюстях (ввести количество зубов) _____

Промежутки

Скученность в резцовых сегментах

- 0 - нет скученности
- 1 - скученность в одном сегменте
- 2 - скученность в двух сегментах

Промежуток в резцовых сегментах

- 0 - нет промежутка в сегменте
- 1 - один сегмент с промежутком
- 2 - два сегмента с промежутком

Диастема Нет, если Да (то в мм) _____

отклонение в переднем отделе на верхней челюсти: Нет, если Да (то в мм) _____

отклонение в переднем отделе на нижней челюсти: Нет, если Да (то в мм) _____

47. Прикус

переднее верхнечелюстное перекрытие в мм _____

переднее нижнечелюстное перекрытие в мм _____

вертикальная передняя щель в мм _____

48. Переднезаднее соотношение моляров

- 0 - норма
- 1 - половина бугра
- 2 - полный бугор

49. другие состояния (указать) _____

- 0 - отсутствие
- 1 - наличие
- 9 - не регистрируется